

Université de Montréal

Élaboration et validation d'une grille d'observation des interactions patient / infirmière

par

Catherine Forbes

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en sciences infirmières

Août 2004

© Catherine Forbes, 2004



WY
5
U58
2005
V.004

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Élaboration et validation d'une grille d'observation des interactions patient / infirmière

Présenté par :
Catherine Forbes

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Ricard, président-rapporteur
Sylvie Cossette, directeur de recherche
Louise Gagnon, membre du jury

Résumé

Le but de la présente étude était d'élaborer et de valider une grille d'observation des interactions patient / infirmière. Le cadre de référence est composé de la théorie du *Human Caring* de Watson (1979) pour définir le rôle de l'infirmière et de la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick, Helmick Beavin et Jackson (1967) pour identifier des indicateurs observables d'une interaction. Ce cadre de référence a permis, dans un premier temps, d'élaborer une grille préliminaire comprenant 48 indicateurs.

Dans un deuxième temps, ces 48 indicateurs ont été soumis à une validation de contenu auprès de cinq juges experts qui se sont prononcés sur le regroupement des indicateurs sous trois dimensions : l'aspect humain du soin, la relation thérapeutique et les activités cliniques. Ces trois dimensions sont issues des dix facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson. Les juges experts ont également évalué la pertinence, la clarté et la possibilité ou non d'observer ces indicateurs. Suite à cette validation de contenu 14 indicateurs furent conservés tels quels, 27 furent modifiés, sept furent rejetés et quatre furent ajoutés à la suite de modifications.

Dans un troisième temps, l'accord inter-juges de 38 des 43 indicateurs restant fut évalué à l'aide d'enregistrements audio-visuels de jeux de rôles d'interactions patient / infirmière. Ainsi à chaque minute d'enregistrement deux juges ont noté de façon indépendante la présence ou l'absence de chaque indicateur. Quinze indicateurs sur 38 ont obtenu un bon accord inter-juges.

Dans cette première démarche de validation, la grille d'observation a démontré des propriétés psychométriques intéressantes. Cette grille offre des possibilités prometteuses pour mesurer l'interaction patient / infirmière, pour la recherche clinique et l'enseignement en soins infirmiers. De plus, la grille aurait avantage à être utilisée dans des situations cliniques réelles et variées. L'utilisation de définitions plus précises pour certains des indicateurs ainsi qu'une formation pratique plus élaborée des juges experts sont des moyens susceptibles d'améliorer l'accord inter-juges de certains indicateurs.

Mots-clés : interaction patient / infirmière, *caring*, soins infirmiers, grille d'observation, propriétés psychométriques

Abstract

The aim of this study was to elaborate and validate an observational scale of nurse / patient interactions. The use of a frame of reference combining Watson's (1979) theory of human caring, which defines the role of the nurse and Watzlawick, Helmick Beavin and Jackson's (1967) theory of relational communication to define what can be observed in an interaction allowed the elaboration of a preliminary scale containing 48 indicators.

These 48 indicators were assessed for content validity by 5 experts who were asked to group each indicator under three dimensions: humanism, therapeutic relationship and clinical activities. These three dimensions stem from Watson's 10 carative factors. The experts also evaluated the pertinence, clarity and the ability to observe these indicators. Fourteen indicators were kept, 27 were modified, 7 were removed and 4 were added.

Inter-rater assessment of 38 of the 43 remaining indicators was performed using video recordings of nurse / patient interactions. These recordings consisted of simulated situations in which the patient was a volunteer and the nurse a real nurse. At each minute of recording two judges noted independently the presence or the absence of each of the 38 indicators. 15 out of 38 indicators obtained a good inter-rater reliability.

In this first step of validation, the observational scale showed interesting psychometric properties. This observational scale offers promise in the measurement of nurse / patient interactions, for clinical research and teaching in nursing. It would be useful to use the observational scale in real clinical situations. The use of more precise definitions for some indicators and a more thorough practical training for the judges are ways of improving inter-rater assessment of certain indicators.

Keywords : nurse / patient interaction, caring, nursing, observational scale, psychometric properties

Table des matières

Identifiacation du jury	ii
Résumé.....	iii
Abstract	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	x
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE	1
But de l'étude.....	6
Questions de recherche	6
CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS	7
Cadre de référence	8
<i>Théorie du human caring de Watson</i>	9
<i>Théorie de la communication relationnelle</i>	12
Liens entre les interactions patient / professionnel et patient / infirmière et des résultats observés chez des patients	13
<i>Études regroupant des indicateurs observables</i>	14
<i>Revue systématique</i>	20
Études présentant des liens entre la théorie du human caring et les résultats obtenus chez les patients	25
<i>Revue systématique</i>	25
<i>Études quantitatives non incluse dans la recension de Swanson (1999)</i>	29
Indicateurs observables d'interactions.....	33
<i>Les indicateurs de contenu</i>	33
<i>Les Indicateurs relationels</i>	38
Résumé du chapitre.....	45
CHAPITRE 3. MÉTHODE.....	47
Devis de recherche.....	48
Définition des termes	49
Élaboration de la grille préliminaire	50
Milieu et échantillon	51
Déroulement de l'étude.....	52
Analyse des données.....	56
Considérations éthiques	58
CHAPITRE 4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	59
Question 1 : À quels regroupements de facteurs caratifs peut-on associer des indicateurs d'interactions patient / infirmière?.....	60
<i>Aspect humain du soin</i>	65

<i>Relation thérapeutique</i>	65
<i>Activités cliniques</i>	66
<i>Résumé de la question 1</i>	67
Question 2 : Quels sont les indicateurs pertinents et observables pour évaluer les interactions patient / infirmière?	67
<i>Aspect humain du soin</i>	75
<i>Relation thérapeutique</i>	76
<i>Activités cliniques</i>	77
<i>Prétest de la grille d'observation</i>	77
<i>Résumé de la question 2</i>	78
Question 3 : Pour chacun des indicateurs, quel est l'accord inter-juges obtenu lors de la mise à l'épreuve de l'instrument?	79
<i>Aspect humain du soin</i>	82
<i>Relation thérapeutique</i>	83
<i>Activités cliniques</i>	84
<i>Résumé de la question 3</i>	84
CHAPITRE 5 DISCUSSION.....	86
Contributions de l'étude	88
Éléments de discussion de l'étude	90
<i>Éléments de discussions sur la première question de recherche</i>	90
<i>Éléments de discussions sur la deuxième question de recherche</i>	92
<i>Éléments de discussions sur la troisième question de recherche</i>	95
Limites de l'étude	98
Recommandations.....	99
<i>Recommandations pour la recherche</i>	99
<i>Recommandations pour la pratique</i>	101
<i>Recommandations pour la formation</i>	102
Conclusion	103
Références.....	104
Appendice A – Définition des dix facteurs caratifs de Watson	110
Appendice B - Tableaux.....	114
Appendice C - Construction de la grille préliminaire	125
Appendice D - Grille préliminaire et définition des indicateurs	139
Appendice E - Scénarios élaborés pour les jeux de rôle d'interaction patient / infirmière	146
Appendice F - Lettre explicative, procédure à suivre pour la validation de contenu et questionnaire de validation de contenu	150
Appendice G - Approbation du comité d'éthique de la recherche.....	171

Liste des tableaux

Tableau 1 Classification des indicateurs selon les trois dimensions.....	62
Tableau 2 Résultats de la validation de contenu	70
Tableau 3 Accord inter-juges	80
Tableau B 1 : Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients	115
Tableau B 2 : Études quantitatives présentés sur les comportements de <i>caring</i>	124
Tableau C 1 : Indicateurs obtenus lors de la recension des écrits.....	126
Tableau C 2: Présentation du regroupement des indicateurs, de la nouvelle formulation de l'indicateur et des dimensions couvertes par l'indicateur	130
Tableau C 3 : Indicateurs ajoutés à la grille.....	138

Liste des figures

Figure 1 : Le cadre de référence de l'étude.....	9
--	---

*Je dédicace ce mémoire de maîtrise à mes
patients et à leurs familles, qui m'apprennent
quotidiennement le vrai sens des mots vie,
dignité et courage.*

Remerciements

La réalisation de ce mémoire de maîtrise a impliqué la collaboration et le travail de plusieurs personnes. Je désire d'abord remercier ma directrice de recherche, Sylvie Cossette, pour le temps et l'énergie qu'elle a investis dans mon encadrement. J'ai particulièrement apprécié la justesse de ses réflexions, ses conseils, sa rigueur intellectuelle, sa disponibilité, son honnêteté et surtout la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de ce projet.

Ensuite, je tiens à remercier Diane Leclerc qui a collaboré à l'enregistrement des interactions patient / infirmière dans le cadre du projet de recherche initial. Sa disponibilité envers mes questions d'ordre logistique, son sourire et ses encouragements furent très appréciés. Les infirmières et les personnes qui ont joué les jeux de rôles ont investis bénévolement de leur temps pour permettre la création des enregistrements audio-visuel, je leur en suis reconnaissante. Les juges experts qui ont participé à la validation de contenu, ont de par leurs compétences, leur générosité et leur professionnalisme, contribué à la réussite de mon projet de mémoire et à l'avancement des connaissances.

Trois organismes ont soutenu financièrement ce projet, leur contribution a accéléré la réalisation de ce mémoire. Il s'agit de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et du GÉSIQ.

Outre le projet de recherche lui-même, il y a des personnes qui nous accompagnent dans notre cheminement et qui nous apportent un soutien considérable. Il y a ma famille pour son amour et en particulier ma tante Bernadette pour son accueil et sa sagesse. Il y a des professeures exceptionnelles : Sylvie Lauzon, Chantal Viens, Clémence Dallaire et Evelyn Adam pour les discussions intéressantes que j'ai eu avec vous et pour avoir cru en moi et en mes capacités à différentes étapes de ma formation. Je tiens également à remercier l'équipe de soins du programme AVC / TCC de l'Institut de Réadaptation de Montréal et l'équipe d'infirmières cliniciennes de l'Hôpital Neurologique de Montréal avec qui ce fut un plaisir et un privilège de travailler au cours des deux dernières années. Surtout un grand merci à tous mes amis et amies avec qui c'est toujours agréable de me retrouver pour partager un souper, une activité ou un peu de nos vies respectives.

CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE

L'expertise des infirmières, qui représentent le quart du personnel œuvrant à l'intérieur du système de santé, est essentielle au bon fonctionnement de ce dernier (MSSS, 2001). Hormis l'aspect crucial des soins techniques découlant d'une prescription médicale, le rôle de l'infirmière est important dans l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique, dans l'enseignement et dans les soins d'entretien de la vie (Dallaire, 1999). Dans le cadre de la présente étude, l'investigatrice s'intéresse particulièrement aux interactions patient / infirmière qui découlent du rôle spécifique de l'infirmière. Dans ce travail, l'interaction patient / infirmière est définie comme étant les comportements qui s'opèrent lorsque l'infirmière et un patient sont en présence l'un de l'autre.

Selon le « Nursing Effectiveness Role Model » il existe trois types de variables qui doivent être considérées, afin d'identifier la contribution des infirmières dans les résultats obtenus chez les patients, ce sont : les variables de structure, de processus et de résultats (Pringle & Doran, 2003). Les variables de structure incluent les caractéristiques du patient, de l'infirmière et de l'organisation. Les variables de processus incluent le rôle indépendant de l'infirmière, le rôle de l'infirmière relié à la pratique médicale et le rôle interdépendant de l'infirmière. Les variables de résultats sont celles qui sont principalement influencées par la pratique infirmière; on y retrouve le statut fonctionnel, la capacité d'auto-soins, la sécurité et la satisfaction du patient.

Il existe des instruments pour mesurer les variables de structure et les variables de résultats. Par exemple, l'étude des relations entre des indicateurs de ces deux composantes

du modèle, soit le niveau de scolarité des infirmières, la charge de travail de ces dernières et le taux de mortalité des patients, a permis de documenter les effets du ratio infirmière / patients sur le taux de mortalité des patients hospitalisés (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Ces mêmes relations ont également permis de documenter les effets du niveau de scolarité des infirmières sur le taux de mortalité des patients hospitalisés (Aiken, 2003). Cependant, pour être en mesure de déterminer les interventions que l'infirmière effectue et qui permettent d'améliorer les soins que le patient reçoit, il est nécessaire d'examiner les variables de processus.

Les variables de processus, que l'on associe au rôle de l'infirmière, incluent, entre autres, l'exécution des activités techniques du soin pour lequel on a des critères et des normes de qualité ainsi que l'ensemble des interactions patient / infirmière qui s'opèrent lors des activités cliniques ou indépendamment des activités cliniques.

En sciences infirmières et dans d'autres disciplines, plusieurs outils ou indicateurs ont été développés pour mesurer les interactions patient-professionnel (Andersen & Adamsen, 2001; Caris-Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1999; Hall, Roter, & Katz, 1988; Hall, Stein, Roter, & Rieser, 1999; Krouse & Roberts, 1989; Kruijver, Kerkstra, Bensing, & Van de Wiel, 2001). Par contre, peu de ces outils ont une base théorique explicite et ils sont peu spécifiques aux interactions patient / infirmière.

La majorité des instruments de mesure des interactions patient / infirmière évaluent, à l'aide de questionnaires auto-administrés, soit la perception que l'infirmière a eue de l'interaction, soit la perception du patient. Cette méthode contient certaines limites puisque certains comportements sont difficilement auto-observables. Par exemple, une infirmière qui interrompt le discours du patient ne sera probablement pas consciente de son geste et elle pourra difficilement le rapporter. De plus, il s'avère ardu de se souvenir de l'ensemble

des comportements produits lors d'une interaction avec un patient puisque certains comportements sont des automatismes. Par ailleurs, l'étude de Von Essen et Sjöden (1995) illustre que les perceptions des infirmières et des patients diffèrent quant à l'occurrence de certains comportements ou attitudes de l'infirmière lors d'interactions patient / infirmière.

Actuellement, il existe une seule grille d'observation des interactions patient / infirmière basée sur une conception infirmière (McDaniel, 1990; Watson, 2002). Cette grille mesure 11 comportements non verbaux. Toutefois, elle ne tient pas compte du contenu de l'interaction. Force est de constater la pertinence d'élaborer un instrument de mesure qui tienne compte de l'ensemble du rôle de l'infirmière et des différentes dimensions de la communication entre l'infirmière et son patient. Donabedian (1985) indique qu'une mesure d'observation effectuée par un observateur externe, par le biais d'enregistrements audio-visuels, serait utile et permettrait d'obtenir des données précises quant aux interventions effectuées par l'infirmière.

La conception du soin proposée par Watson (1979; 1999; 2002) permet d'appréhender de façon globale la particularité du soin infirmier et sert de base théorique à la présente étude. Cette théoricienne définit les interactions patient / infirmière par un ensemble d'attitudes, de comportements et d'activités cliniques basés, entre autres, sur l'humanisme du soin et la relation thérapeutique. Pour Watson, les infirmières pratiquent le *caring*. Cette pratique du *caring* est l'actualisation d'un idéal moral, à travers la pratique d'interventions qui ont comme objectif de permettre au patient d'atteindre un plus haut niveau d'harmonie. Cette conception propose dix facteurs « caratifs » qui guident les interactions patient / infirmière dans l'objectif de promouvoir l'harmonie et la dignité de la personne soignée. Jusqu'à maintenant cette conception a été utilisée pour élaborer des instruments de mesure auto-administré (Watson, 2002). Malgré que plusieurs théoriciennes

et chercheurs soulignent que le concept de *caring* est « élu­sif », les récents écrits de Watson (2002) soulignent l'importance de saisir dans la mesure du possible tout ce que comporte le *caring*.

De plus, selon la théorie de la communication relationnelle, les interactions humaines comportent des éléments de contenu et des éléments de relation (Littlejohn, 1992; Watzlawick, Helmick Beavin, & Jackson, 1967). Pour être complète une grille d'observation des interactions patient / infirmière devrait donc considérer le contenu et les éléments relationnels de la communication. Le contenu représente l'action sur laquelle porte l'interaction, par exemple : enseigner, rassurer une personne, évaluer la douleur, assister la personne dans la réponse à un besoin (Watson, 1979 ; 1999). Les éléments de relation sont des comportements observables comme le toucher, le retrait, le contact visuel, l'intonation, le débit et l'interruption du discours ou son contraire. L'opérationnalisation de chacun des facteurs caratifs, par des indicateurs de contenu et par des éléments relationnels de la communication, permettra d'élaborer une grille d'observation synthétique et précise des interactions patient / infirmière.

Cette grille permettra de mesurer à l'aide d'indicateurs, la dimension autonome de la pratique infirmière vue sous l'angle du *caring*. L'utilité de cette mesure sera vérifiée dans des études ultérieures où l'on pourra mettre en lien des variables de processus avec des variables de résultats afin de déterminer quelles sont les meilleures pratiques de soins. Par exemple, les indicateurs représentant l'« humanisme » du soin (variable de processus) pourront être mis en relation avec des indicateurs d'auto-soins (variable de résultat). Cette grille d'observation des interactions patient / infirmière pourra être utilisée afin de vérifier des liens entre des caractéristiques de l'interaction et les résultats obtenus chez les patients,

volet de la recherche actuellement très peu développé en sciences infirmières mais fondamental pour l'amélioration des pratiques de soins.

But de l'étude

L'objectif du présent projet est d'élaborer et de valider une grille d'observation du contenu et des éléments relationnels des interactions patient / infirmière.

Questions de recherche

La première et la deuxième question visent à évaluer la validité de contenu des indicateurs d'interactions patient / infirmière, c'est-à-dire leur pertinence à mesurer ce qu'ils visent à mesurer et la troisième question a comme objectif d'évaluer la fidélité des indicateurs, c'est-à-dire leur capacité à être évaluée de façon constante.

1. À quels regroupements de facteurs caratifs peut-on associer des indicateurs d'interactions patient / infirmière?
2. Quels sont les indicateurs pertinents et observables pour évaluer les interactions patient / infirmière?
3. Pour chacun des indicateurs, quel est l'accord inter-juges obtenu lors de la mise à l'épreuve de l'instrument

CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une synthèse des écrits portant sur les interactions patient / infirmière. D'abord, le cadre de référence de cette étude est présenté afin de définir la perspective retenue. Le cadre de référence comprend deux théories, soit la conception du *Human Caring* de Watson (1979; 1999) et la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick, Helmick Beavin et Jackson (1967).

Ces perspectives théoriques permettent d'examiner les travaux de recherche existants sur les interactions patient / infirmière. De plus, elles guident le développement de la méthode utilisée pour construire une grille d'observation préliminaire des interactions patient / infirmière.

Ensuite, les études effectuées sur les interactions patient / professionnel et les interactions patient / infirmière sont examinées. Pour terminer, les études qui présentent des indicateurs observables d'interaction patient / infirmière sont analysées et présentées selon la structure du cadre de référence qui comporte deux axes : le contenu des interactions patient / infirmière et les éléments relationnels de la communication.

Cadre de référence

Le cadre de référence développé pour ce travail comporte deux niveaux : le niveau conceptuel qui définit à l'aide de trois dimensions (l'aspect humaniste, l'aspect relationnel et les activités cliniques) le concept qui sera examiné, soit les interactions patient / infirmière et le niveau théorique qui spécifie, à l'aide d'une théorie les deux axes qui caractérisent chacune des trois dimensions (les éléments de contenu et les éléments de relation). La Figure 1 illustre les différentes composantes du cadre de référence.

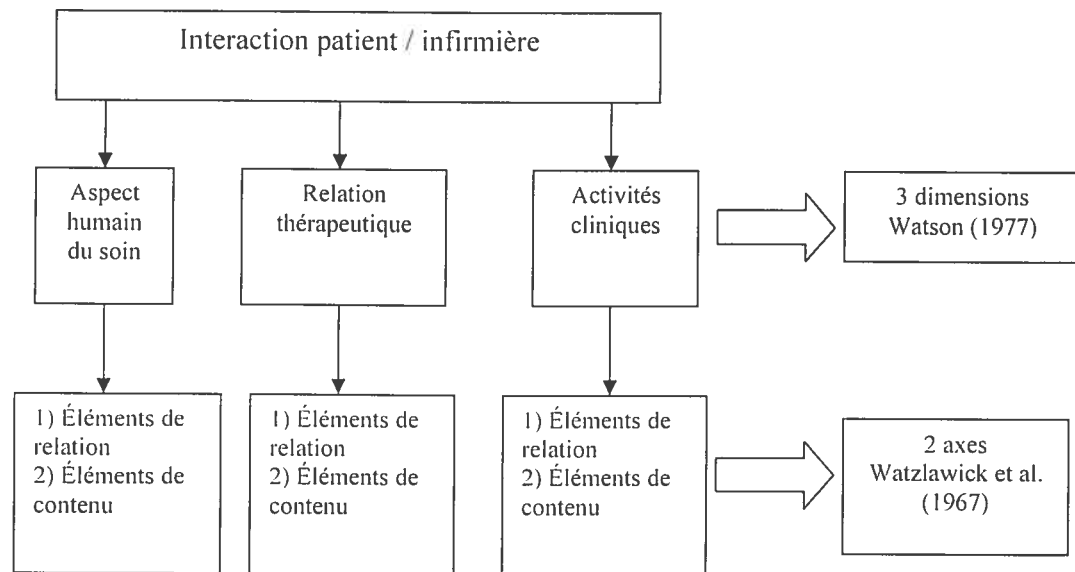


Figure 1. Le cadre de référence de l'étude

Théorie du human caring de Watson

Selon la théorie du *human caring* de Watson (1999) :

La finalité des soins infirmiers est d'aider la personne à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son corps, son âme et son esprit. Cela se produit lorsque l'infirmière entre en relation avec la réalité subjective de l'autre personne et qu'elle perçoit et répond à cette réalité subjective de manière à ce que l'autre sente qu'il peut exprimer les pensées qu'il souhaite exprimer (p. 64).

Watson identifie dix facteurs « caratifs » définis comme étant « les actions que l'infirmière utilise lorsqu'elle prodigue des soins de santé à un patient » (1979, p. 7) (traduction libre). Ces facteurs constituent une description de la façon dont les infirmières prennent soin des personnes. Cette façon de prendre soin d'une personne s'appelle *caring* en anglais. Dans le texte l'expression *caring* sera utilisée. Le *caring* exprimé par la

pratique des dix facteurs caratifs représente pour l'infirmière un idéal moral vers lequel ses actions sont dirigées.

Les facteurs caratifs sont actualisés à travers les interactions courantes qu'une infirmière a avec la personne dont elle prend soin. L'actualisation, dans la pratique, des dix facteurs caratifs, présuppose que l'infirmière possède un savoir et des compétences cliniques. Ces facteurs constituent une façon d'organiser et de décrire l'idéal moral vers lequel tendent les soins infirmiers.

Ces dix facteurs caratifs sont :

- (1) Le développement d'un système de valeurs humanistes et altruistes chez l'infirmière.
- (2) Faire naître chez la personne la foi et l'espoir.
- (3) Cultiver une sensibilité envers soi et les autres.
- (4) Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
- (5) Le fait de favoriser et d'accepter l'expression de sentiments positifs et négatifs.
- (6) L'utilisation systématique d'un processus de *caring* créatif de résolution de problèmes.
- (7) L'enseignement et l'apprentissage transpersonnels.
- (8) Offrir un milieu de soutien, de protection et ou de modification de l'état mental, physique, socio-culturel et spirituel.
- (9) L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
- (10) La reconnaissance de la présence des forces existentielles-phénoménologiques et spirituelles de la personne. (traduction libre de Watson 1979, inspirée de (Valcourt, 2000).

Une définition de chacun des facteurs se retrouve à l'Appendice A. Dans cette étude, les dimensions du concept d'interaction patient / infirmière sont les dix facteurs caratifs de la conception du *Human Caring* de Watson (1979;1999) opérationnalisés selon deux axes : les éléments de contenu et les éléments relationnels. Puisque les facteurs caratifs sont interdépendants et qu'ils ne sont pas mutuellement exclusifs (Watson, 1979), les 10 facteurs caratifs ont été regroupés selon trois dimensions à la suite d'analyses de contenu effectuées sur un instrument auto-administré (Cossette, Cara, Ricard, Pepin; 2004) soit : (1) l'aspect humain du soin (l'humanisme, le soutien des croyances et de l'espoir, la sensibilité aux autres), (2) la relation thérapeutique (la relation d'aide, le respect de l'expression des sentiments positifs et négatifs et de la signification accordée par le patient à sa situation), et (3) les activités cliniques (l'aide dans la résolution de problèmes, l'enseignement, la modification / soutien de l'environnement et l'assistance dans les besoins biophysiques, psychophysiques, psychosociaux et interpersonnels). En résumé, les trois premiers facteurs représentent l'aspect humaniste de la pratique infirmière. C'est la perspective altruiste et humaniste des trois premiers facteurs caratifs qui constituent la base philosophique sur laquelle reposent les autres facteurs caratifs. Les facteurs 4, 5, 6 et 10 caractérisent l'aspect relationnel du soin et les facteurs 7, 8 et 9 représentent des activités cliniques que l'infirmière effectue avec et pour la personne. En se basant sur cette théorie, les interactions patient / infirmière sont déterminées par les dix facteurs caratifs. Par ailleurs, il est apparu très important de s'inspirer d'une théorie de la communication pour enrichir notre compréhension des éléments à considérer lorsque l'on veut rendre plus explicite les interactions patient / infirmière. Dans cette perspective, Watson (1979) spécifie que la communication comprend plus que le contenu du message verbal

et qu'elle inclut la communication non verbale de même que la communication affective.

Théorie de la communication relationnelle

La théorie de la communication relationnelle fut développée en 1967 par un groupe de chercheurs du Mental Research Institute à Palo Alto en Californie (Watzlawick et al., 1967). Ces chercheurs visaient à élaborer un modèle pour comprendre ce que sont les interactions entre deux personnes afin de résoudre des difficultés d'interactions. Dans l'étude actuelle, cette théorie est utilisée afin de spécifier ce qui doit être observé pour mesurer les différentes composantes d'une interaction. Selon ces chercheurs, la communication est une condition essentielle de la vie humaine. Ils conçoivent que la communication est un processus d'interaction à travers lequel chacun des participants perçoit et interprète de façon conceptuelle le message transmis.

Leur modèle comprend quatre axiomes. Cependant, dans ce travail, seulement les deux premiers axiomes sont utilisés et présentés. Le premier est que tout comportement verbal ou non verbal traduit un message, car il est impossible pour une personne de ne pas communiquer. Le silence, la parole, le sourire, l'action ou l'inaction communiquent quelque chose. Dès lors, toute forme de comportement constitue de la communication lors d'une interaction entre deux personnes. Comportement et communication sont donc indissociables.

Le deuxième axiome est que toute communication comprend des éléments de contenu et des éléments de relation, ces derniers précisant les éléments de contenu. Le contenu réfère à la sémantique du message verbal tandis que la relation réfère aux éléments non verbaux qui viennent préciser la signification du contenu. Deux exemples différents

illustrent cet axiome. D'abord si on transpose la théorie dans les mathématiques, le contenu réfère aux chiffres (55 et 2) qui composent l'opération $55 + 2$, tandis que la relation devient l'opérateur d'addition (+) qui permet de préciser le message et d'obtenir autre chose ($55 + 2 = 57$). Ainsi toute communication implique un engagement qui définit une relation entre des personnes. La communication ne transmet pas seulement de l'information ou un contenu, mais elle impose, simultanément, de par son message relationnel, un comportement.

Le deuxième exemple utilise la notion de communication digitale et analogique. La communication digitale représente le contenu du message verbal. Le langage et les mots nécessitent un niveau d'abstraction élevé. Cependant certains concepts tel le concept d'amour ou d'amitié ne peuvent pas être compris seulement par des mots. Entre alors en jeu la communication analogique qui, avec un niveau d'abstraction moins élevé, par des comportements non-verbaux (inflexions, rythme et intensité de la voix, geste, posture et expression faciale) permet de comprendre et de préciser la signification du message. Plus spécifiquement, la communication analogique réfère à toute communication qui n'utilise pas la sémantique des mots. La communication non verbale est définie par Watzlawick et collaborateurs (1967) comme étant les mouvements corporels, les gestes, la posture, les expressions faciales, les inflexions de la voix, la séquence, le rythme et la cadence des mots ainsi que toute autre manifestation non verbale de l'organisme.

Liens entre les interactions patient / professionnel et patient / infirmière et des résultats
observés chez des patients

Afin de préciser l'utilité d'élaborer une grille d'observation des interactions patient / infirmière avec des indicateurs valides, il s'avère nécessaire, dans un premier temps,

d'identifier à partir des écrits pertinents les indicateurs d'interactions qui sont liés à des résultats observés chez des patients. Les études présentées ont été identifiées à l'aide des bases de données CINAHL, MEDLINE, PSYCHLIT, COCHRANE et DARE et en utilisant les combinaisons des mots clés suivants : patient, professionnel, interaction, *patient / nurse interaction*.

Études regroupant des indicateurs observables

Hollinger (1986) a étudié auprès de 12 femmes âgées hospitalisées dans une unité de réadaptation, l'effet du toucher affectif effectué par une infirmière sur la durée et la fréquence des réponses verbales. Cette étude repose sur le postulat que l'augmentation des stimuli non verbaux, effectuée par l'utilisation de toucher, augmente les réponses verbales des personnes âgées, ce qui est considéré comme un indicateur de mieux être chez ces dernières. Quatre modalités d'interventions furent appliquées lors des interactions filmées de 15 minutes : a) la présence de toucher durant les cinq premières minutes, b) la présence de toucher durant le deuxième cinq minutes, soit entre les minutes 5 et 10, c) la présence de toucher durant le troisième cinq minutes, soit entre les minutes 10 et 15 et d) l'absence de toucher. Dans l'étude, la présence de toucher affectif durant les cinq premières minutes augmentait la durée des réponses verbales de la personne âgée ($p < 0.01$). Lorsque le toucher est appliqué durant les minutes 5 à 10, l'augmentation des réponses verbales est également statistiquement significative ($p < 0.05$). Il n'y a pas d'augmentation significative lorsque le toucher est appliqué durant les cinq dernières minutes. L'étude indique que le toucher affectif prodigué en début d'interaction augmente la durée des réponses verbales des femmes âgées. L'étude a, par contre, quelques faiblesses. D'abord l'auteur ne présente pas le pourcentage d'augmentation des réponses verbales. Ensuite les

seules données disponibles sont les résultats des analyses statistiques. Finalement l'échantillon a une taille restreinte et le type de toucher affectif utilisé dans l'étude n'est pas clairement défini. Ainsi on ne sait pas si le toucher impliquait une légère caresse sur la main, une tape légère sur l'épaule ou autre chose. De plus, on ne sait pas si cette augmentation de la durée des réponses verbales des femmes âgées a un effet bénéfique sur d'autres indicateurs de la santé.

Lawson (1995; 2002) avait comme objectifs de déterminer s'il existait une différence entre le type de communication utilisé par les infirmières praticiennes et celui utilisé par les médecins et si le type de communication de ces deux professionnels était lié à la satisfaction et au soutien à l'autonomie perçus par les patients. Cinq infirmières praticiennes et quatre médecins furent enregistrés sur cassette audio durant des consultations avec 124 patients. Les enregistrements audio furent analysés par deux assistants de recherche à l'aide d'une grille d'analyse du type de communication. Cette grille détermine si le contenu d'un enregistrement audio-visuel d'interactions patient / professionnel reflète chez le professionnel un style « informatif » ou « dominant ». Elle contient 18 questions auxquelles répond, sur une échelle de type likert variant de 1 à 7, un codificateur expérimenté après avoir écouté la totalité de l'interaction d'une durée de 20 minutes. Les résultats sont obtenus en calculant la moyenne des réponses aux 18 questions. Une validation du contenu de la grille fut effectuée par un expert dans le domaine et l'accord inter-juges a été vérifié à l'aide d'un coefficient de corrélation de Pearson ($r = 0.94$). Dans cette étude, les médecins utilisent un style de communication dont la prédominance est plus informative que le type de communication utilisé par les infirmières praticiennes ($M = 6.08/7$; $M = 5.38/7$, $p < 0.05$ respectivement). Les résultats montrent une absence de lien entre le style de communication du professionnel et la satisfaction du

patient ($r = 0.09$, $p = 0.16$), ainsi qu'une absence de lien entre le style de communication du professionnel et le soutien à l'autonomie perçu par le patient ($r = -0.30$, $p = 0.38$). Toutefois, on peut penser que la différence entre le type de communication des médecins et des infirmières n'est peut-être pas cliniquement significative puisque l'étude n'a pas observé de lien entre le type de communication et la satisfaction des patients, ni entre le type de communication et le soutien à l'autonomie perçu par les patients.

Cossette (2002) a évalué, à l'aide d'une analyse secondaire de l'essai clinique du *Montreal Heart Attack and Rehabilitation Trial* (M-HART), les relations entre différentes interactions patient / infirmière et des indicateurs de rétablissement. L'essai clinique M-HART est une étude regroupant 1376 patients ayant eu un infarctus et recevant des interventions infirmières visant à diminuer le stress vécu. Le raisonnement à la base de l'essai clinique était qu'une diminution du stress vécue à la suite d'un infarctus, amènerait une baisse du taux de mortalité, étant donné que le stress ou les autres émotions difficiles sont liées aux taux de mortalité des patients cardiaques. Le programme, d'une durée d'une année, consistait en des appels téléphoniques mensuels au cours desquels l'état de détresse psychologique de la personne était évalué; si le niveau de détresse psychologique de la personne était élevé ou si elle avait été réadmise à l'hôpital, la personne recevait la visite à son domicile d'une infirmière. À ce moment, l'infirmière choisissait l'intervention qui lui semblait la plus appropriée : de l'enseignement, du soutien émotif, des directives et des conseils ou une référence à un consultant. Les résultats de l'essai montrent que l'intervention n'a pas eu de différence sur le taux de mortalité cardiaque ou le taux de mortalité attribuable à d'autres causes.

Suite à ces résultats, une analyse secondaire des données fut effectuée par Cossette (2002) afin de déterminer si certains types d'interactions patient / infirmière étaient associés

à des résultats positifs ou négatifs. Trois catégories de variables furent examinées par Cossette : le type d'intervention utilisé par l'infirmière, les caractéristiques du patient (inquiétudes, taux de détresse, variables démographiques) et les résultats à court-terme et à long-terme. En associant, sous la forme de dyades, le type d'inquiétude du patient avec le type d'intervention effectué par l'infirmière et en examinant le lien entre chacune des dyades et le taux de détresse psychologique, il fut possible d'identifier les interventions les plus aidantes et les moins aidantes, et ce, en fonction des caractéristiques du patient. Les résultats positifs furent définis comme étant soit une réduction de 50% de la détresse psychologique mesurée par le *General Health Questionnaire* (GHQ) soit un retour à un résultat normal sur le GHQ. Sur une possibilité de 147 dyades, 7 dyades furent associées à des résultats positifs : écouter lorsque l'inquiétude concerne une maladie ou un symptôme autre que cardiaque ($p = 0.043$); rassurer à propos des inquiétudes portant sur la pression artérielle ($p = 0.094$), le poids ($p = 0.016$), le tabagisme ($p = 0.013$), les comportements de type A ($p = 0.004$); intervenir de façon éducative face à des inquiétudes concernant les symptômes physiques cardiaques ($p = 0.008$) et des problèmes avec le conjoint ou la conjointe ($p = 0.018$). Quatre dyades furent associées à des résultats négatifs : écouter lorsque l'inquiétude concerne le rétablissement ($p = 0.013$); donner des conseils sur des symptômes d'anxiété et de dépression ($p = 0.006$), d'angoisse ($p = 0.005$); effectuer une intervention cognitive face à un symptôme cognitif ($p = 0.01$). Il ressort donc que toutes les interventions ne sont pas efficaces tout le temps et certaines sont potentiellement nuisibles pour les patients. Ces résultats montrent la nécessité de développer davantage de connaissances sur les interventions infirmières afin d'aider plus efficacement les patients.

Ambady, Koo, Rosenthal et Winograd (2002) ont examiné chez 48 patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés pour une diminution de la mobilité, l'amélioration de la

mobilité, du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et du fonctionnement cognitif en fonction des comportements non verbaux de physiothérapeutes. Les améliorations ont été mesurées en deux temps : entre l'admission du patient et son congé de l'hôpital (moyenne de 9 jours) et trois mois après le congé. Les comportements non verbaux sont calculés en comptant le nombre de fois que le comportement se produit à l'intérieur de trois séquences de 20 secondes d'interactions entre le physiothérapeute et le patient. Le choix des 20 secondes d'enregistrement repose sur la meta-analyse de Ambady et Rosenthal (1992) qui indique que la taille de l'effet obtenu par l'utilisation de courts segments d'interaction ne diffère pas significativement de celles obtenues par des périodes d'observation plus longues. Des analyses de corrélations furent calculées en utilisant le coefficient r de Pearson. Ainsi, le froncement des sourcils et le hochement de tête affirmatif sont associés à l'amélioration du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, mesurée au moment du congé de l'hôpital ($r = 0.59, p < 0.001$; $r = 0.36, p < 0.01$ respectivement) ainsi que trois mois après le congé de l'hôpital ($r = 0.60, p < 0.001$; $r = 0.33, p < 0.01$ respectivement). Le sourire est également lié à une augmentation de la mobilité et à une augmentation dans le fonctionnement des activités de la vie quotidienne ($r = 0.26, p < 0.05$; $r = 0.26, p < 0.05$ respectivement) mesuré à trois mois après le congé de l'hôpital. Par contre, les moyennes d'amélioration sur les différentes échelles ne sont pas indiquées dans l'étude, ce qui rend impossible l'évaluation de la signification clinique des améliorations. De plus, l'utilisation d'un devis corrélationnel ne permet pas d'établir un lien de cause à effet. Il se peut que les personnes avec un plus grand potentiel de réadaptation aient reçu de la part des physiothérapeutes davantage de sourires, de hochements de tête affirmatifs et de froncements des sourcils.

Cependant, dans un deuxième volet de la même étude, Ambady et ses collaborateurs (2002) ont soumis, à l'aide d'enregistrements audio-visuel d'interactions, trois types de comportements à 14 personnes âgées. Les trois types de comportements présentés sont l'expressivité faciale, qui inclut les indicateurs de sourire, de hochements de tête et de froncements des sourcils; l'affect positif, qui inclut les indicateurs de hochements de tête et de sourire; le retrait, qui inclut les indicateurs de non-sourire et de regarder ailleurs. Les personnes âgées devaient codifier les interactions présentées à l'aide d'une grille graduée de 1 à 7 comportant les indicateurs suivants : chaleureux, *caring*, concerné, empathique, indifférent et infantilisant. L'analyse des résultats a permis de regrouper les indicateurs en deux dimensions, soit la dimension positive, qui inclut les indicateurs chaleureux, *caring*, concerné, empathique, et la dimension négative, qui inclut les indicateurs indifférent et infantilisant. Les résultats moyens d'indicateurs représentant la dimension positive sont plus élevés lors de comportements d'expressivité faciale ($M = 5.45/7$) et de comportements d'affect positif ($M = 5.74/7$) que lors de comportements de retrait ($M = 4.10/7$). Ces différences s'avèrent statistiquement significatives ($p < 0.001$) lors d'une analyse de variance. Les résultats moyens d'indicateurs représentant la dimension négative indiquent que le comportement de retrait est associé à une plus grande négativité ($M = 3.40/7$) que les comportements d'affect positif ($M = 2.26/7$) et que les comportements d'expression faciale ($M = 2.33/7$). Ces différences s'avèrent statistiquement significatives ($p < 0.001$). En somme, les personnes âgées associent donc différents comportements non verbaux tels le sourire, le hochement de tête et le froncement des sourcils à des caractéristiques positives et les comportements de non-sourire et de regarder ailleurs à des caractéristiques négatives.

Revues systématiques

Cossette (2000) a examiné, dans le cadre de sa thèse doctorale, 27 études portant sur les interventions psychosociales effectuées par des infirmières auprès de personnes ayant subi un infarctus du myocarde. Les interventions psychosociales furent regroupées en quatre catégories : les interventions cognitives, les interventions behaviorales, les interventions de soutien émotif et les interventions éducatives. L'intervention cognitive vise à modifier les pensées négatives en identifiant les distorsions cognitives qu'une personne effectue et en tentant de les modifier par l'introduction de nouvelles façons de penser. L'intervention behaviorale vise à modifier les émotions d'une personne en utilisant des techniques de relaxation ou de visualisation. L'intervention de soutien émotif consiste à donner à la personne le sentiment que quelqu'un se préoccupe d'elle et qu'elle est importante. L'intervention éducative vise à augmenter les connaissances de la personne sur le traitement de sa problématique de santé, ce qui est sensé diminuer la détresse émotionnelle. La majorité des études recensées utilisaient une combinaison des différents types d'interventions. Ainsi dans les 27 études analysées, 51.9 % utilisent une intervention cognitive, 51.9% une intervention behaviorale, 70.4 % une intervention éducative et 77.8% une intervention de soutien émotif. Il n'y a que l'intervention behaviorale qui a été évaluée seule. Parmi ces 27 études, 12 obtiennent une diminution statistiquement significative ($p < 0.05$) de la détresse psychologique. Par contre, cette diminution n'est d'environ que de 10%, pourcentage qui sur le plan clinique peut s'avérer discutable. Quatorze des études recensées n'ont pas montré d'effets et une étude a démontré des effets néfastes ($p < 0.05$). Puisque les études évaluent une combinaison d'interventions différentes ayant des modalités d'applications différentes, il fut impossible pour l'auteur de déterminer, à l'aide

des résultats des différentes études, la meilleure intervention à effectuer auprès des personnes ayant eu un infarctus du myocarde. Cette difficulté est également identifiée par Egan, Snyder & Burns (1992) qui indiquent que l'absence fréquente de définition précise des interventions limite la généralisation des résultats de recherche ainsi que l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

En psychologie, Beutler, Machado et Neufeldt (1994) ont effectué une recension des écrits portant sur les caractéristiques des thérapeutes qui influencent les résultats de la thérapie. Le constat suivant justifiait une telle démarche : les analyses statistiques démontrent que la taille de l'effet obtenu par une thérapie est davantage reliée au thérapeute qu'au type de thérapie utilisé; en d'autres mots, certains thérapeutes produisent davantage d'effets positifs et d'autres produisent davantage d'effets négatifs, et ce, peu importe le type de thérapie utilisé. Parmi les caractéristiques examinées dans la recension, trois sont pertinentes pour la présente étude. La première est la présence d'une complémentarité dans le style de communication interpersonnelle (dominant vs dominé) accompagnée d'une correspondance entre les niveaux de bienveillance du thérapeute et celui du patient (le patient et le thérapeute ont le même niveau de bienveillance un envers l'autre). Cette complémentarité dans le style de communication interpersonnelle combinée à une correspondance entre les niveaux de bienveillance du patient et du thérapeute démontrent des résultats positifs dans l'ensemble des six études présentées. La deuxième caractéristique est le niveau d'activité verbale du thérapeute, qui est positivement lié au bénéfice du traitement. Ainsi, plus le thérapeute parle plus le traitement est bénéfique. La troisième caractéristique comprend les comportements non verbaux, qui semblent avoir une grande influence dans le développement du climat thérapeutique. L'effet de ces derniers auprès des patients reste à déterminer. Une des limites de cette recension est que la méthodologie

utilisée dans les différentes études ainsi que les résultats des analyses ne sont pas présentés. Toutefois la recension met en évidence trois aspects importants à considérer lors des interactions : la présence de réciprocité et de bienveillance, la correspondance entre les niveaux d'activité verbale et les comportements non verbaux (Beutler et al., 1994).

En médecine, plusieurs études soulignent que la présence de l'écoute, d'explications sur les effets potentiellement bénéfiques des traitements proposés ainsi que la nature chaleureuse de la relation influencent les résultats quant à l'observance thérapeutique, la satisfaction et la santé des patients (Hall et al., 1988; Kaplan, Greenfield, & Ware, 1988; Lewis, DeVellis, & Sleath, 2002; Roter & Hall, 1992). La méta analyse effectuée par Hall, Roter et Katz (1988) couvre 41 études publiées entre 1967 et 1986 ayant examiné l'influence du processus d'interaction patient / médecin sur les variables suivantes : la satisfaction du patient, l'observance thérapeutique et la capacité de se souvenir de l'information donnée. Des variables sociodémographiques ont aussi été mises en relation avec les interactions patient / médecin. Le processus d'interaction fut mesuré à l'aide de données quantitatives provenant d'enregistrements ou d'observations faites à partir de grilles. Puisque les études utilisent différentes grilles d'observation, un regroupement des catégories de variables de processus fut effectué pour permettre la comparaison des résultats. Cinq grandes catégories d'indicateurs de processus furent identifiées et utilisées pour comparer les études: « donner de l'information », « poser des questions ouvertes ou fermées », « démontrer de la compétence interpersonnelle ou technique », « établir une relation » et « présenter des comportements sociaux et émotifs ». Des coefficients de corrélations moyens entre les indicateurs provenant d'études différentes furent calculés en regroupant des indicateurs qui représentent une même catégorie et des variables de résultats. Le r moyen représente donc la moyenne des forces de corrélation observées dans

différentes études et il s'interprète comme un coefficient de corrélation simple entre deux variables.

Ainsi, une relation positive fut observée ($r_{moyen} = 0.25, p < 0.001$) entre les différents indicateurs qui représentent l'action de « donner de l'information » et la satisfaction des patients dans 12 études différentes. L'indicateur « donner de l'information » est également lié positivement ($r_{moyen} = 0.31, p < 0.001$) à la capacité des patients de se souvenir de l'information donnée dans huit études. Les questions posées par le médecin sont reliées négativement ($r_{moyen} = -0.24, p < 0.001$) à l'observance thérapeutique. Les compétences interpersonnelle et technique sont positivement liées à la satisfaction des patients ($r_{moyen} = 0.33, p < 0.001$; $r_{moyen} = 0.17, p < 0.001$ respectivement dans quatre et cinq études). En ce qui concerne les « comportements sociaux et émotifs », définis par un ensemble d'indicateurs comme « l'utilisation de l'humour », « approuver », « rassurer », « démontrer de la solidarité », « démontrer de la compréhension », ils sont liés à la satisfaction, tel que le démontre la combinaison de 10 études différentes ($r_{moyen} = 0.19, p < 0.001$). En résumé, les résultats de la méta analyse de Hall, Rotter et Katz (1988) indiquent donc qu'il y a des relations entre des composantes de l'interaction patient / médecin et la satisfaction des patients, leur observance au régime thérapeutique et leur capacité de se souvenir de l'information donnée.

Plus récemment, Di Blasi, Harkness, Edzard, Georgiou et Kleijnen (2001) ont analysé 25 essais cliniques randomisés (3611 patients) portant sur l'influence de deux types d'intervention, soit cognitive et affective, sur les résultats obtenus chez le patient. L'intervention cognitive visait à modifier les attentes du patient par rapport à sa maladie, à son traitement ou à son pronostic. Par exemple, pour modifier positivement les attentes du patient, on peut lui dire que le traitement qu'il va recevoir est efficace et sécuritaire. Une

autre méthode consiste à dire que le traitement comporte de nombreux effets secondaires, ce qui crée des attentes plus négatives. L'intervention affective, quant à elle, visait à diminuer la présence d'émotions négatives telles la peur et l'anxiété en offrant du soutien, du réconfort et de l'empathie. Les chercheurs concluent qu'une consultation chaleureuse dans laquelle les médecins indiquent que l'état du patient va s'améliorer est généralement plus efficace qu'une consultation impersonnelle, formelle et incertaine. En effet, les quatre études ayant évalué l'effet de la combinaison d'une intervention cognitive et affective ont présenté des résultats favorables, alors que parmi les 19 études ayant examiné l'effet de l'intervention cognitive seule, dix obtiennent des résultats favorables et neuf n'obtiennent pas de résultats significatifs. Une des limites importantes de cette recension est que la signification clinique des résultats ainsi que le seuil de signification statistique ne sont pas présentés. Toutefois les critères et les résultats d'évaluation des différentes études sont présentés.

Bilan des études présentées

La constante qui se dégage dans l'ensemble des études présentées est l'effet potentiellement bénéfique de la présence d'enseignement, de soutien émotif et d'interventions cognitives (Cossette, 2000; Di Blasi et al., 2001; Hall et al., 1988). Toutefois, il semble qu'après de personnes ayant fait un infarctus du myocarde, l'écoute est une intervention potentiellement nocive lorsque la préoccupation de la personne concerne son rétablissement (Cossette, 2000). De plus, dans une étude (Lawson, 1995), le style de communication du professionnel n'était pas lié à la satisfaction du patient ni au soutien à l'autonomie que ce dernier percevait. Dans l'étude de Ambady et collaborateurs (2002), le sourire, le hochement de tête affirmatif et le froncement des sourcils sont liés à

des améliorations dans la réalisation des AVQ. Hollinger (1986) indique que le toucher utilisé en début d'interaction augmente la durée des réponses verbales des personnes âgées.

La conception du *Human Caring* de Watson sur laquelle se base la présente étude inclut la présence d'enseignement, de soutien émoif et d'interventions cognitives à l'intérieur des différents facteurs *caratifs*. Par exemple, le facteur 3, qui consiste à cultiver une sensibilité envers soi et les autres, est défini comme étant l'action de permettre au patient de se sentir compris, accepté et d'exprimer son authenticité. Ce facteur rejoint la présence de soutien émotif décrit dans les études présentées. Le facteur 2, qui consiste à soutenir les croyances et l'espoir du patient rejoint l'intervention cognitive au cours de laquelle on modifie positivement les attentes du patient. Le facteur 7, la présence d'enseignement et d'apprentissage interpersonnel est défini comme étant le fait d'utiliser des stratégies d'apprentissage qui facilitent la compréhension de la personne; ce facteur rejoint la notion d'enseignement décrite précédemment dans ce chapitre. Les liens entre les facteurs nommés et les résultats d'études empiriques provenant de discipline différentes, indiquent que la théorie du *Human Caring* de Watson (1979;1999) utilisée pour l'élaboration de la grille d'observation des interactions patient / infirmière est un choix cohérent. Suivant ce raisonnement l'investigatrice examine dans la prochaine section les liens entre la pratique du *caring* et les résultats de santé chez les patients.

Études présentant des liens entre la théorie du human caring et les résultats obtenus chez les patients

Revue systématique

Swanson (1999) a effectué une revue des écrits sur le *caring* en sciences infirmières. Cent trente articles furent identifiés et catégorisés selon cinq thèmes différents : l'origine du

caring chez la personne, les valeurs à la base du *caring*, les conditions nécessaires pour permettre la pratique du *caring* chez les infirmières, les actions qui représentent le *caring* et les conséquences du *caring*. Les deux derniers thèmes se rapportent à la présente étude puisque les actions dites *caring*, sont des actions issues de la théorie du *Human Caring* de Watson et que l'on peut opérationnaliser à l'aide d'indicateurs de contenu, de comportements verbaux et de comportements non verbaux. Le thème sur les conséquences du *caring* appuie l'utilisation de la théorie du *Human Caring* de Watson et identifie des comportements importants à opérationnaliser comme indicateurs afin de mesurer certaines composantes des interactions patient / infirmière.

Huit études utilisent des instruments auto-administrés pour évaluer l'importance que les patients accordent à différents comportements de *caring*. En tout, ces études regroupent 266 patients et elles utilisent quatre instruments : le *Care-Q* développé par Larson (1984; 1986; 1987), le *Caring Behavior Assessment Tool* (CBA) développé par Cronin & Harrison (1988), le *Caring Behavior Inventory* (CBI) développé par Wolf (1986) et le *Supportive Nursing Behavior Checklist* de Gardner & Wheeler (1987). Un des comportements, « l'infirmière sait ce qu'elle fait », fut évalué dans seulement trois études, mais 100% des sujets ($n = 187$) l'ont considéré important. Le deuxième comportement en importance, « l'infirmière sait comment donner des injections et s'occuper de l'équipement spécialisé », fut considéré comme important par 93% des sujets ($n = 266$). Les quatre indicateurs qui suivent sont en ordre d'importance : « l'infirmière me connaît comme une personne » (88 % $n = 187$), « l'infirmière me met en premier sur ses priorités » (69% $n = 385$), « l'infirmière me traite avec respect » (68% $n = 68$), « l'infirmière est joyeuse » (55 % $n = 317$). Ainsi, plusieurs comportements de *caring* sont importants pour les patients.

La synthèse des études qualitatives effectuée sur les actions dites de *caring* regroupe 67 études pour un échantillon total de 2 314 participants. La richesse de la synthèse des études qualitatives présentées réside dans le fait qu'elle décrit toutes les actions qui sont considérées comme étant *caring*. De plus, la quantité d'études recensées permet de voir une « réplication » des actions considérées comme étant *caring*. Ainsi l'action « investir du temps » apparaît dans 15 études, « l'authenticité » apparaît dans 13 études, « évaluer les besoins » apparaît dans 11 études, « l'individualisation des soins » apparaît dans 11 études, « respecter l'autre » apparaît dans 9 études, « établir un lien de confiance » apparaît dans 9 études et « écouter » apparaît dans 8 études..

En ce qui a trait aux conséquences du *caring* auprès des patients, deux études quantitatives et 30 études qualitatives sont présentées. La première étude quantitative utilise un devis corrélationnel pour examiner les liens entre trois niveaux de variables chez les patients: 1) des variables personnelles, soit le contrôle personnel (*Kratz Opinion Survey*) et le niveau d'estime de soi (*Rosenberg Self Esteem Scale*); 2) des variables situationnelles, qui concernent le *caring* humaniste (*Holistic Caring Instrument* et le *Supportive Nursing Behavior Checklist*); 3) des variables de résultats, soit le niveau de coping (*Primary and Secondary Cognitive Appraisal, Coping Strategies Inventory*), la détresse psychologique (*Derogatis Brief Symptom Inventory*) et l'efficacité du coping (*McNett Coping Effectiveness*) (Latham, 1996). Le modèle proposé place les variables personnelles en premier, celles-ci influencent les variables situationnelles, placées en deuxième, qui influencent le niveau de coping, situé en troisième, qui influence la détresse psychologique et l'efficacité de coping.

Cent vingt adultes hospitalisés furent interrogés par le biais de questionnaires. Un lien est observé entre le niveau de contrôle personnel et le *supportive caring* ($r = 0.22$, $p <$

0.05). Un lien est également présent entre le *supportive caring* et l'efficacité de coping ($r = 0.30, p < 0.001$). Un lien est observé entre le *sensitive caring* et l'efficacité de coping ($r = 0.26, p < 0.05$). Donc des variables personnelles influencent le niveau de *caring* perçu et le niveau de *caring* perçu influence l'efficacité de coping.

Des analyses secondaires de cette même étude (Latham, 1996), effectuées à l'aide de variables sociodémographiques et de variables situationnelles, indiquent que les patients plus jeunes (< 47.5 ans) rapportent avoir reçu 16% ($p < 0.001$) plus de comportements de *caring* (mesuré avec le *Supportive Nursing Behavior Checklist*) de la part des infirmières, lorsque comparé au groupe des personnes plus vieilles (> 47.5 ans). Ainsi l'âge d'une personne influence soit la perception des comportements de *caring* reçus, soit le nombre de comportements de *caring* offert de la part des infirmières. Par contre un tel devis ne permet pas de savoir si les personnes âgées reçoivent moins de comportements de *caring* ou s'ils en perçoivent moins.

La deuxième étude quantitative examinée par Swanson (1999) est celle de Duffy (1992) qui examine le lien entre la perception qu'ont les patients des comportements de *caring* reçus de la part des infirmières (mesuré par le *Caring Assesment Tool* de Duffy) et les variables suivantes : la satisfaction du patient, la durée de séjour, l'état de santé du patient et le coût des soins. Seule la satisfaction du patient était liée ($r = 0.46, p < 0.001$) à la perception des comportements de *caring* des infirmières. La durée de séjour, l'état de santé et le coût des soins n'ont pas montré de relation avec la perception des comportements de *caring* des patients.

Études quantitatives non incluse dans la recension de Swanson (1999)

Le lien entre les comportements de *caring* des infirmières et la satisfaction des patients est également observé par Wolf, Colahan, Costello, Ambrose et Giardino (1998). Ces derniers trouvent une relation élevée ($0.78 \text{ } p < 0.001$) entre la perception que les patients ($N=335$) ont des comportements de *caring* des infirmières, mesurés à l'aide du *Caring Behavior Inventory*, et leur satisfaction quant aux soins reçus, mesurée à l'aide du *Patient Satisfaction Instrument*.

Plus récemment, dans le contexte Montréalais des soins palliatifs à domicile, Valcourt (2000) a examiné l'importance et la satisfaction que les patients accordent aux soins infirmiers qu'ils reçoivent. Les soins infirmiers furent mesurés à l'aide de la version française du *Caring Behaviour Assessment Scale* (CBA). Le CBA est un instrument auto-administré, basé sur la théorie du *Human Caring* de Watson, qui spécifie différents comportements de *caring* regroupés sous sept dimensions. Les sept dimensions sont : 1) humanisme / croyance-espoir / prise de conscience 2) relation d'aide 3) expression de sentiments positifs et négatifs 4) enseignement et apprentissage 5) soutien, protection et modification de l'environnement 6) assistance en regard des besoins de la personne 7) valeurs / forces existentielles / phénoménologiques et spirituelles. Valcourt (2000) a ajouté quatre dimensions au CBA: l'accessibilité aux soins, la continuité des soins, les frais financiers et les résultats de soins. L'accessibilité aux soins fut opérationnalisée par deux indicateurs : « l'accès aux soins infirmiers est rapide lors du premier contact » et « l'accès aux soins infirmiers est rapide lors des contacts suivants ». La dimension des résultats de soins fut opérationnalisée par trois indicateurs : « les soins infirmiers que je reçois réussissent à soulager efficacement les symptômes de ma maladie », « les soins infirmiers

que je reçois réussissent à maintenir ou améliorer mon bien-être » et « les soins infirmiers que je reçois réussissent à maintenir ou améliorer mon autonomie personnelle ». La continuité des soins fut opérationnalisée par un indicateur : « les soins sont toujours offerts par les mêmes infirmières » et les frais financiers furent opérationnalisés par « les frais à déboursier pour les équipements non couverts sont raisonnables ». L'étude fut effectuée auprès d'un échantillon de 51 personnes âgées entre 50 et 89 ans, ayant un suivi par une infirmière en soins palliatifs. Les trois dimensions considérées les plus importantes par les patients sont en ordre décroissant : l'accessibilité aux soins, l'humanisme / croyance-espoir / prise de conscience et les résultats de soins. L'indicateur ayant obtenu le plus grand pourcentage (98%) de réponses sur l'échelle d'importance, avec un résultat de 8 ou plus (ce qui reflète un haut niveau d'importance) est : « les infirmières me font sentir qu'il y a quelqu'un pour moi quand j'en ai besoin ». Contrairement aux études présentées précédemment, l'indicateur « savent se servir de l'équipement spécialisé » est le septième indicateur le moins important, avec une proportion de 56.3% de répondants ayant donné un résultat de 8 et plus. Selon l'auteur le contexte des soins palliatifs peut expliquer ce résultat. La satisfaction des patients a été évaluée pour chacune des dimensions considérée comme étant importante. Ainsi sept des dimensions évaluées comme étant importantes ont obtenu des résultats moyens de satisfaction de plus de 9.5/10. Les deux autres dimensions, soit « la continuité des soins » et « les frais financiers » ont obtenu des résultats moyens de satisfaction de 9.32/10. En conséquence le contexte dans lequel les soins sont prodigués influence les éléments qui sont considérés comme étant importants par les personnes qui les reçoivent.

Puisque les articles sur la banque de données CINAHL sont répertoriés à partir de 1981 et que la recherche en soins infirmiers dans les années 1960-1980 s'est concentrée sur

l'interaction patient / infirmière, une recension manuelle fut effectuée à partir de la publication de Fawcett (1993) qui répertorie les différentes études effectuées en fonction des différentes conceptions infirmières. Cette recension a permis d'identifier des études expérimentales qui examinent les effets de l'approche utilisée par l'infirmière sur la détresse vécue par les patients et l'apprentissage des comportements de santé (Andersen, Mertz, & Leonard, 1965; Pride, 1968; Silva, 1979; Thibaudeau & Reidy, 1977; Wolfer & Visintainer, 1975). Les résultats de ces études montrent que l'utilisation d'une approche centrée sur le patient s'inspirant des écrits de Peplau et d'Orlando (1961; 1952), dans laquelle l'infirmière est à l'écoute du vécu de son patient et où elle intervient pour diminuer la détresse liée à la problématique vécue, est préférable à une approche impersonnelle. Par exemple, dans l'étude d'Andersen, Mertz et Léonard (1965) l'utilisation d'une approche centrée sur le client lors de visites à l'urgence diminuait la tension artérielle de 14.7 mmHg ($n = 11$) comparativement à une augmentation de 2 mmHg ($n = 11$) lors de l'utilisation de l'approche habituelle de soins, cette différence observée entre les deux groupes est statistiquement significative ($p < 0.0005$). Cependant, dans cette étude l'intervention de l'infirmière est mal définie : on indique que l'infirmière réalisait les activités techniques requises et qu'ensuite elle cherchait à savoir ce que le patient vivait et comment elle pouvait l'aider. L'intervention du groupe contrôle est décrite comme étant de réaliser les gestes techniques requis en ne cherchant pas à comprendre ce que le patient vit. De plus, l'étude ne mentionne pas les stratégies ou les interventions effectuées dans le groupe expérimental et le groupe contrôle, ni les moyens mis en place pour contrôler la présence des interventions. L'absence de définition précise de l'intervention dans l'ensemble de ces études ainsi que l'absence de moyens de contrôle de l'intervention limite l'utilisation que l'on peut faire de ces résultats. Il s'avère impossible de déterminer précisément la cause

des résultats bénéfiques observés. Ce constat est également fait par Egan Snyder et Burns (1992) qui insistent sur la nécessité de bien décrire la variable indépendante dans les recherches en sciences infirmières

Résumé des études sur l'effet des comportements de caring

En résumé, les études qui utilisent des instruments auto-administrés soulignent l'importance que les patients accordent à certaines dimensions des soins reçus. De plus, les instrument auto-administrés utilisés dans les études présentées constituent une opérationnalisation de la théorie du *Human Caring* de Watson. Les indicateurs qui composent ces instruments ne sont pas opérationnalisés sous la forme d'éléments de contenu, de comportement verbaux et non verbaux tel que proposé dans cette étude. Toutefois, ils s'avèrent une source importante d'information pour constituer la présente grille d'observation puisqu'ils décrivent des caractéristiques essentielles des interactions patient / infirmière. À cette fin, les références des instruments auto-administrés mentionnés sont incluses dans ce mémoire.

Il ressort donc que l'importance accordée à certaines caractéristiques des interactions patient / infirmière varie en fonction du contexte dans lequel se déroule l'interaction patient / infirmière (Latham, 1996; Swanson, 1999; Valcourt, 2000) et la présence des comportements de *caring* est liée positivement au niveau de satisfaction des patients envers les soins qu'ils reçoivent (Latham, 1996; Swanson, 1999; Wolf et al., 1998). Ces résultats sont appuyés par 67 études qualitatives différentes. Les résultats de ces études montrent clairement la présence de comportements de *caring* lors d'interaction patient / infirmière ainsi que la satisfaction des patients et des infirmières envers ce type d'interaction (Fosbinder, 1994; Morse, 1991; Morse, Solberg, Neander, Bottorf, & Johnson,

1990; Swanson, 1999). La recension de Swanson (1999) a également identifié 30 études qualitatives qui révèlent des conséquences positives associées aux comportements de *caring* des infirmières.

Indicateurs observables d'interactions

La prochaine section de la recension présentera des indicateurs de contenu et des indicateurs de comportements non verbaux d'interactions patient / infirmière recensés dans les écrits, mais qui n'ont pas été examinés en relation avec des résultats de santé observés chez les patients. Il s'agit la plupart du temps d'études descriptives qui ont utilisé les différents indicateurs.

Les indicateurs de contenu

Carris-Verhallen, Kerksta et Bensing (1998) examinent la communication verbale entre l'infirmière et le patient. Cent quatre-vingt-une interactions patient / infirmière furent filmées dans deux contextes auprès des personnes âgées : les soins de longue durée et les soins de maintien à domicile. Les infirmières étaient des participantes à une formation continue en communication et elles avaient obtenu l'approbation préalable auprès de leurs patients pour être filmés. Les enregistrements audio-visuels d'interactions furent analysés à l'aide du Roter Interaction Analysis System (RIAS). Le RIAS contient 32 indicateurs d'interactions, par exemple : « la présence de remarques personnelles », « la présence de rire et de blagues » et « se montrer intéressé ». Le type d'activité de soins dans laquelle se déroulait l'interaction fut également classifié en trois catégories : les soins d'hygiène, les soins techniques et les soins psychosociaux. Puisqu'à l'origine, le RIAS fut développé afin d'évaluer la communication médecin / patient, l'instrument fut adapté : les thèmes touchant

des aspects de la pratique médicale furent changés pour des thèmes portant sur les soins infirmiers et le nombre d'indicateurs fut diminué à 24. Par exemple « poser des questions fermées sur un sujet médical » fut modifié par « poser des questions fermées sur un sujet infirmier ».

Suite à une analyse de correspondance, qui est l'équivalent d'une analyse factorielle pour des données regroupées sous forme matricielle, les indicateurs furent regroupés en quatre catégories, soit la communication sociale, la communication affective, la communication structurante et les conseils. La communication sociale inclut des indicateurs tels que « faire des remarques personnelles », « faire des compliments » et « démontrer de l'inquiétude ». La communication affective inclut des indicateurs tels que « démontrer un partenariat », « démontrer de la compréhension » et « paraphraser ». La communication structurante inclut des indicateurs tels que « poser des questions ouvertes » et « poser des questions fermées » ces questions portant sur le mode de vie, les sentiments, le régime thérapeutique et les soins infirmiers. La communication de conseil inclut des indicateurs tels que « conseiller un comportement touchant le mode de vie », « conseiller un comportements touchant les soins » et « conseiller par rapport au comportement ou aux émotions ».

Les résultats de l'étude indiquent que le contenu de la communication varie selon que l'interaction se déroule au cours de soins à domicile ou en centre d'hébergement. Le contenu varie également selon le type d'activité de soins prodigués. Par exemple, dans les soins à domicile, lors des soins d'hygiène, 44% de la communication est de type sociale et affective. Par contre, lors de soins psychosociaux en centre d'hébergement, 72% de la communication est de type affective. Le regroupement des indicateurs effectué à l'aide de l'analyse de correspondance ne nous permet pas de déterminer le pourcentage d'utilisation

des indicateurs individuels, ce qui limite les comparaisons pouvant être faites avec différentes études malgré l'utilisation de la même grille d'analyse. En somme, cette étude indique que le type de communication utilisé par les infirmières varie en fonction du type de soins prodigués et du milieu dans lequel les soins sont prodigués.

Kruijver, Kerkstra, Bensing et Van de Wiel (2001) utilisent les indicateurs du RIAS divisés en seulement deux grandes catégories (affectifs et instrumentaux) afin de décrire les habiletés de communication des infirmières lors de jeux de rôle d'interactions avec des patients suivis en oncologie. L'analyse des résultats indique que 62% des interactions verbales des infirmières sont de nature instrumentale, comparativement à 38% des interactions qui sont de nature affective. De plus, lors de communication instrumentale, 82% des questions posées sont de type fermées. Il est difficile de comparer ces résultats avec ceux obtenus par Carris-Verhallen et ses collaborateurs (1998) puisque le contexte de l'interaction ainsi que le milieu où se déroule l'interaction sont différents.

Andersen et Adamsen (2001) avaient comme objectifs de mesurer le temps d'interaction patient / infirmière et de décrire la communication patient / infirmière durant une thérapie continue de brachythérapie intermittente (traitement de radiothérapie donné de façon intermittente par des aiguilles implantées dans la tumeur de la personne). L'instrument utilisé pour décrire la communication comprend sept catégories: la communication somatique, l'observation, la communication technique, la conversation légère (small talk), la communication sociale et la communication psychologique et existentielle. Ces catégories sont issues des écrits, de l'expérience clinique des chercheurs ainsi que des essais pilotes effectués préalablement. Les catégories ne sont pas opérationnalisées par des indicateurs et la validité de la grille n'est pas décrite.

Dans cette étude (Andersen & Adamsen, 2001) trois patients furent filmés durant 117 heures. Selon les auteurs, seulement 25% du temps disponible, (lorsque la source radioactive est fermée) est utilisé par les infirmières pour interagir avec le patient et la majorité de ces interactions concernent les soins physiques, le traitement des effets secondaires et les soins d'hygiène. Pendant les trois-quarts du temps disponible, le patient est laissé à lui même. Ainsi très peu de communication concernaient les aspects psychologiques et sociaux du traitement.

Ces résultats corroborent certains éléments de l'étude effectuée par Kruijver et al. (2001) décrite plus tôt, notamment le fait que la majorité de la communication est de nature instrumentale dans le contexte des soins oncologiques. Certaines limites sont observées dans cette étude. D'abord les sept catégories de la communication utilisées dans la grille ne sont pas définies et les indicateurs permettant d'opérationnaliser les différentes catégories ne sont pas présentés. Ensuite aucune analyse de la validité de contenu ou de l'accord inter-juges par rapport à cette grille n'est mentionnée. De plus, la présentation des résultats de l'analyse ne permet pas de connaître les valeurs précises pour chacune des catégories de la communication. Finalement, il n'y a pas d'analyse statistique permettant de dire si les différences observées sont significatives.

Forrest (1983) a examiné à l'aide d'une grille d'évaluation du contenu verbal la prédominance des comportements qui facilitent ou qui bloquent la connaissance de soi (patients self exploration). Trente et une interactions de 30 minutes furent enregistrées sur cassette audio et analysées par deux codificateurs ayant reçu une formation préalable. Chaque catégorie de comportement (facilitant ou bloquant) comporte neuf indicateurs définis à l'aide d'un exemple de situation. Par exemple, l'indicateur facilitant « *demandeur une explication* » est défini comme étant le fait de demander au patient d'expliquer et

d'analyser ses actions ou ses sentiments. Il implique des questions de type explicative, par exemple « Pourquoi vous sentez-vous de cette façon? ». Le pourcentage d'accord inter-juges fut calculé sur les deux grandes catégories de comportements (facilitants et bloquants) en utilisant trois interactions d'une durée de trente minutes. Ce pourcentage varie entre 95.04% et 95.23% pour les comportements facilitants et entre 62.50% et 90.4 % pour les comportements bloquants. Les résultats montrent que 64% des verbalisations sont facilitantes et que les infirmières utilisent des questions fermées 22% du temps. À notre connaissance, la grille fut utilisée une seule fois dans le cadre d'un cours de perfectionnement sur la communication, offert aux infirmières dans le cadre d'un programme de baccalauréat.

L'étude effectuée par Proctor, Morse et Khonsari (1996) examina sous l'angle du contenu verbal les différents registres de parole utilisés par les infirmières lorsque ces dernières aident les patients à passer à travers des situations de douleur intense. Ce registre des paroles de réconfort (traduction libre de *comfort talk register* développé par Morse, 1992) est défini comme étant « une intervention thérapeutique primaire qui permet au patient d'endurer une douleur intense ou des procédures douloureuses » (traduction libre Morse, 1992). Le registre des paroles de réconfort comprend quatre fonctions : permettre au patient de persévérer (*holding on*), évaluer l'état du patient, informer le patient et prendre soin du patient (*caring*). Chacune des quatre fonctions du registre des paroles de réconfort comprend une description et une définition des différents indicateurs de contenu qui la composent. À partir d'enregistrements audio effectués dans la salle de traumatologie d'urgence auprès de 67 patients (adultes et enfants) pour un total de 85 heures, les séquences dans lesquelles le registre des paroles de réconfort étaient présentes furent conservées et analysées. Ces séquences furent présentes chez 29 patients (44,6%), dont 16

enfants et 13 adultes, pour un total de 35 minutes 26 secondes. Les interventions de réconfort représentent 919 énoncés; sur ces 919 énoncés, 708 furent effectués auprès des enfants et 211 auprès des adultes. Ces données indiquent que ce registre semble être utilisé davantage auprès des jeunes patients.

Synthèse des indicateurs de contenu

En somme, quatre instruments permettent d'évaluer les éléments de contenu. Dans ces instruments, on retrouve une liste de 56 indicateurs différents. À l'exception de la classification de Proctor, Morse et Khonsari (1996) aucun des instruments est développé spécifiquement pour analyser les composantes d'une interaction patient / infirmière. Les devis utilisés sont descriptifs, ce qui ne permet pas d'évaluer les liens entre ces indicateurs et les résultats observés chez les patients.

Les Indicateurs relationels

Les indicateurs relationels sont connus dans les écrits sous l'appellation de comportements non verbaux et ils constituent une composante essentielle de la communication lors d'interactions (Feldmans & Rimé, 1991; Watson, 1979; Watzlawick et al., 1967). Les recherches en psychologie estiment que lors de communications interpersonnelles, on utilise entre 65 et 85 pour cent de comportement non verbaux (Beutler et al., 1994). Les travaux de Rosenberg et Ekman (1997) indiquent qu'il existe un lien entre les comportements non verbaux transmis par les expressions faciales d'une personne et ses émotions. En sciences infirmières, Chalifour (1999) décrit l'importance des

comportements non verbaux dans le processus de relation d'aide. En outre, il définit sept éléments de communication non verbale : le toucher, la distance et les positions, le regard, l'odorat, l'écoute, le silence et l'invitation à poursuivre. En se basant sur les écrits de Schoenhofer (1989), Chalifour identifie trois types de toucher, soit le toucher affectif, le toucher thérapeutique et le toucher fonctionnel. L'auteur indique que l'utilité du toucher varie selon les contextes et qu'avant de toucher un client, l'intervenant « se doit d'établir un contact visuel ou auditif ». Lorsque le client est dans un état émotif exacerbé, le toucher peut augmenter la stimulation et générer de l'agressivité chez la personne.

La distance entre l'infirmière et le patient détermine également le type d'interaction qui va se dérouler. Ainsi la distance intime qui se situe à moins de 45 cm est souvent l'occasion de prodiguer des soins d'hygiène et des traitements. Pour Lawler (2002), ce contact intime et particulier que les infirmières ont avec la nudité, la mort et les liquides biologiques contribue à créer une interaction particulière entre l'infirmière et la personne soignée. Ces moments sont souvent l'occasion pour l'intervenant d'échanger sur des sujets variés liés à l'intimité de la personne. La distance personnelle se situe entre 45 cm et 125 cm; elle serait optimale pour les échanges verbaux puisque l'on peut facilement distinguer les réactions de l'autre et que l'on peut parler à voix très basse. La distance sociale serait de 120 cm à 360 cm, car à cette distance, les personnes doivent élever davantage la voix et la conversation pourra être entendue s'il y a une autre personne dans la pièce. C'est une distance dans laquelle les éléments intimes sont absents. La distance publique varierait entre 360 et 750 cm. Afin de pouvoir communiquer à cette distance, il faut parler à voix haute et certains comportements non verbaux deviennent moins perceptibles. Pour Chalifour (1999), il est important que la position de l'infirmière permette un contact visuel entre l'infirmière et le patient et que le patient et l'infirmière soient à la même hauteur au

plan visuel. Bien que ces différents principes concernant le comportement non verbal énoncés par Chalifour soient enseignés, ils ont été peu évalués lors d'interactions patient / infirmière.

La grille d'observation développée par McDaniel (1990) contient cinq comportements non verbaux soit : s'asseoir au chevet du patient, toucher le patient en dehors d'une procédure technique, maintenir un contact visuel avec le patient, entrer dans la chambre du patient sans sollicitation et prodiguer des mesures de confort physique; elle contient également sept éléments de contenu présentés à l'Appendice B (tableau 2). Le contenu de la grille fut validé à l'aide de l'index de validité de contenu développé par Waltz, Strickland et Lenz (1991), l'accord inter-juges varie entre 0.76 et 1.00 pour les 12 indicateurs de la grille. L'instrument est cité une seule référence dans les écrits et Watson (2002) estime qu'il doit être raffiné.

Carris-Verhallen et collaborateurs (1999; 1998) utilisent six indicateurs de comportements non verbaux : « regarder le patient », « faire un hochement de tête », « sourire », « se pencher vers l'avant », « effectuer un toucher affectif » et « effectuer un toucher instrumental » en plus d'examiner des éléments de contenu pour décrire l'interaction patient / infirmière (voir section précédente : les indicateurs de contenu). L'accord inter-juges de ces indicateurs de comportements non verbaux varie entre 0.70 et 0.98. L'indicateur « regarder le patient » est le seul comportement non verbal présent dans toutes les interactions observées et il est présent pour une proportion de 41.3% de l'interaction. Le toucher instrumental défini comme étant « un contact physique délibéré nécessaire pour accomplir une tâche » est davantage présent dans les interactions (78%) que le toucher affectif (42%) défini comme étant « un toucher relativement spontané de nature expressive et affective qui n'est pas requis pour accomplir une tâche » et sa durée est

également plus élevée. Le toucher est un comportement non verbal important et il est davantage relié à des activités de soins.

Dans l'étude de Carris Verhallen et collaborateurs (1998; 1999) des liens entre des éléments de contenu et des comportements non verbaux sont effectués. Ainsi un lien de corrélation est observé entre la présence d'indicateurs de contenu de nature affective définis comme étant « la communication qui informe le patient sur l'étendue de l'attention, de l'empathie, de la sympathie et de l'intérêt que lui porte l'infirmière » (traduction libre) et le comportement non verbal de « regarder le patient » ($r = 0.25, p < 0.01$) ainsi qu'avec le « hochement de tête affirmatif » ($r = 0.31, p < 0.01$). Un lien est également observé entre le toucher instrumental et la communication structurante définie comme étant « la communication qui guide, oriente et informe le patient et l'infirmière » ($r = 0.38, p < 0.001$). Ces liens entre l'indicateur de comportement non verbal « diriger son regard vers le patient » et des indicateurs de contenu de nature affective sont cohérents avec le cadre de référence utilisé dans la présente étude puisque des axes différents de communication, soit le contenu et le comportement non verbal, sont liés et ils semblent s'opérationnaliser d'une façon congruente.

L'étude qualitative de Bottorf et Morse (1994) ayant comme objectif de décrire l'interaction patient / infirmière permet d'identifier cinq types de toucher différents et de les lier à des catégories d'interactions patient / infirmière. Ces types de toucher furent identifiés à partir d'une analyse éthologique (une méthode d'analyse utilisée en zoologie) d'enregistrements audio-visuel d'interactions patient / infirmière, filmées dans une unité d'oncologie et comprenant des entrevues semi-structurées. Les cinq types de toucher sont : le toucher de réconfort, le toucher de connexion, le toucher de travail, le toucher d'orientation et le toucher social. Les entrevues semi-structurées ont également permis

d'identifier et de décrire quatre types d'interaction patient / infirmière, soit les interactions « faire davantage », « faire pour », faire avec » et « accomplir la tâche ». Chaque type d'interaction possède des caractéristiques différentes au niveau du contenu, des comportements non verbaux et verbaux. Par exemple, dans le type d'interaction qui consiste à « accomplir la tâche », il y a peu de contact visuel entre le patient et l'infirmière; le toucher ainsi que la conversation entre l'infirmière et le patient sont limités à ce qui est nécessaire pour accomplir la tâche. L'attention de l'infirmière est mise sur la tâche et le patient est exclu de cette action, ce qui résulte en très peu d'interaction avec le patient.

Les comportements non verbaux incluent également les comportements produits par la voix qui sont audibles mais qui ne sont pas des éléments de contenu. Par exemple l'intensité vocale, le silence et le débit sont des éléments non verbaux audibles. À notre connaissance, aucune étude en sciences infirmières n'effectue de liens entre des comportements non verbaux audibles des infirmières et des résultats obtenus chez les patients. Une seule étude a été identifiée et il s'agit d'une étude méthodologique ayant développé un instrument pour mesurer le degré de réponse verbale de personnes atteintes de troubles de santé mentale (Topf, 1988). L'instrument comporte quatre indicateurs : le nombre moyen de mots prononcés lors d'une interaction, le nombre d'émotions ou de sentiments exprimés lors d'une interaction, le pourcentage d'interactions comportant un seul mot ainsi qu'une mesure de l'intimité du discours prononcé lors de l'interaction. L'accord inter-juges des trois premiers indicateurs varie entre 91% et 99%. Selon la définition de comportement non verbal retenue dans cette étude, les indicateurs « nombre moyen de mots par interaction » et « pourcentage d'interactions comportant un seul mot » sont classifiés comme des indicateurs de comportements non verbaux. Les deux autres indicateurs réfèrent davantage à des éléments de contenu.

Les résultats de l'étude de qualitative de Hewison (1995) soulignent la présence de contenu qui révèle la dominance des infirmières lors d'interactions patient / infirmière, notamment au niveau du contenu des mots et de l'intonation, des moyens de persuasion utilisés par le personnel soignant et du contrôle de l'horaire imposé par le personnel soignant. Par exemple, lors d'une interaction le soignant émet le contenu suivant : « Qu'est-ce que vous avez fait? Quel est le problème? Avez-vous renversé votre thé? » Ce contenu verbal est crié à la patiente. Dans une autre interaction, la soignante parle à une patiente qui se lève de sa chaise pour aller se recoucher : « Non, non vous ne pouvez pas vous coucher maintenant, attendez après votre déjeuner. Non, Marie, vous ne pouvez pas vous coucher maintenant! » Ce contenu verbal est dit très fermement à la patiente. Ainsi donc, l'intonation utilisée par l'infirmière peut démontrer une attitude de dominance. Une des limites de cette étude est qu'elle s'est effectuée dans un seul milieu sur une seule unité de soins.

En psychologie, les comportements non verbaux audibles furent étudiés en regard du débit verbal, de l'intensité vocale et du nombre d'interruptions lors d'interactions. Ainsi pour faciliter le processus de communication, lors d'une interaction réciproque, les débits verbaux et l'intensité vocale des personnes devraient converger naturellement. Par exemple, une personne qui effectue un voyage ou qui est en contact prolongé dans une culture différente ajustera inconsciemment son comportement verbal aux normes en vigueur dans cette culture (Street, 1990). Dans le cas d'une interaction non réciproque (dominant / dominé), il y aura une complémentarité dans le rythme, l'intensité vocale et les interruptions. Généralement, la personne dominante aura une intensité vocale plus forte et elle effectuera davantage d'interruptions. Le rythme variera en fonction de la personne

dominante; elle changera le rythme afin de créer une instabilité chez son interlocuteur (Street, 1990).

Synthèse des indicateurs de comportements non verbaux

En somme, il n'existe pas d'instruments spécifiques pour mesurer des comportements non verbaux, même si plusieurs études utilisent des indicateurs de comportements non verbaux. Les huit indicateurs de comportements non verbaux différents sont : « diriger son regard vers le patient », « le hochement de tête affirmatif », « le sourire », « se pencher vers l'avant », « le toucher affectif », « le toucher instrumental », « l'observation » et « le froncement des sourcils ». Trois de ces indicateurs sont en lien avec les résultats observés chez les patients : « le froncement des sourcils », « le hochement de tête affirmatif » et « le sourire » (Ambady, Koo, Rosenthal & Winograd, 2002). De plus, il semble que le moment où se produit le toucher influence la quantité de réponses verbales données par le patient (Hollinger, 1986). Les travaux de Bottorf et Morse (1994) décortiquent le toucher en cinq catégories distinctes : le toucher de réconfort, le toucher de connexion, le toucher de travail, le toucher d'orientation et le toucher social. Les comportements non verbaux audibles ont été peu étudiés en sciences infirmières, mais la recension met en évidence cinq caractéristiques importantes à considérer : le pourcentage d'interactions comportant un seul mot, le nombre moyen de mots par interaction, le débit, l'intensité vocale et le silence. De plus, l'étude de Hewison (1995) montre l'importance de considérer l'intensité vocale présente lors des interactions ainsi que la nécessité d'utiliser des indicateurs négatifs tels que « hausse le ton » pour mesurer les composantes des interactions patient / infirmière.

Résumé du chapitre

La première partie de ce chapitre a présenté le cadre de référence utilisé dans cette étude. Il s'agit des dix facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (1979;1999) regroupés sous trois dimensions (aspect humain du soin, relation thérapeutique et activité clinique) pour lesquels il existe deux axes : les éléments de contenu et les éléments de relation. Ces deux axes proviennent de la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick, Helmick Beavin et Jackson (1967). Ce cadre permet de spécifier les éléments que l'on doit considérer si l'on veut observer l'interaction patient / infirmière. La deuxième partie de ce chapitre a identifié, à partir des écrits, des indicateurs d'interaction patient / professionnel liés à des résultats observés chez des patients. Il ressort que les indicateurs d'expressivité faciale ont une influence sur les résultats observés chez les patients. De plus, le fait de donner de l'information est lié à la satisfaction des patients et à une amélioration de la détresse psychologique chez les personnes suivies suite à un infarctus du myocarde lorsque l'information concerne les symptômes physiques et les problèmes avec le ou la conjointe. La troisième partie a traité des études qui examinent les liens entre les comportements de *caring* des infirmières et les résultats observés chez les patients. Il ressort que les comportements de *caring* perçus par les patients sont liés à la satisfaction qu'ils ont envers les soins reçus. Ces travaux permettent de souligner l'importance que les patients accordent à certaines dimensions du *caring*, notamment à la compétence technique de l'infirmière et à sa disponibilité. La quatrième partie a présenté les études descriptives qui utilisent des indicateurs de contenu, de comportements non verbaux et de comportements verbaux pour quantifier l'interaction patient / infirmière, ceci afin d'identifier des indicateurs provenant des trois axes du cadre de référence. Il ressort

que des indicateurs ont pu être identifiés pour le contenu et les comportements non verbaux mais peu d'indicateurs de comportements non verbaux audibles ont été identifiés.

Une recension exhaustive des écrits portant sur les interactions patient / professionnel et les interactions patient / infirmière a permis d'identifier 132 indicateurs d'interactions. (Appendice C, Tableau C 1). Ces indicateurs seront utilisés pour construire la grille d'observation des interactions patient / infirmière. Afin d'identifier des indicateurs manquants, les écrits de Watson (1979,1999) ainsi que des écrits récents sur la relation thérapeutique (Balzer-Riley, 2004; Registered Nurses Association of Ontario, 2003) ont été examinés. Cette lecture des écrits théoriques a permis d'identifier la nécessité d'ajouter quatre indicateurs soit : « pose une question triadique », « vérifie la compréhension de l'information donnée », « discute avec le patient des habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins » et « résume ce qui a été dit ». En incluant les quatre indicateurs supplémentaires la liste d'indicateur des interactions patient / infirmière semble exhaustive.

En se basant sur ces écrits et en fonction du cadre de référence, l'étude proposée vise à élaborer et à valider une grille d'observation des interactions patient / infirmière.

CHAPITRE 3. MÉTHODE

Ce chapitre présente : (a) le devis de recherche, (b) la définition des termes, (c) la grille préliminaire, (d) le milieu et l'échantillon, (e) le déroulement de l'étude, (f) la méthode d'analyse des données et (g) les considérations éthiques.

Devis de recherche

Cette étude utilise un devis de type méthodologique. Elle vise à élaborer et à valider une grille d'observation des interactions patient / infirmière. L'étude comporte deux étapes : la première est la validation de contenu de la grille et la deuxième est la vérification de la fidélité.

L'objectif de la validation de contenu était de s'assurer que chaque indicateur qui compose la grille d'observation représente les dimensions que la grille d'observation veut mesurer. Toutefois il n'existe pas de procédures fixes ou absolues pour évaluer la validité de contenu d'un instrument. La notion de validité de contenu des indicateurs implique un jugement de la part de l'investigatrice et des informateurs clés (Streiner & Norman, 1995). Tel que suggéré par Waltz, Strickland et Lenz (1991), le contenu a été validé en utilisant une démarche de validation du contenu durant laquelle des juges experts se sont prononcés sur la capacité d'observer l'indicateur, la clarté, la pertinence et le lien entre l'indicateur et la théorie du *Human Caring* de Watson (1979; 1999) et ce pour chacun des indicateurs.

La deuxième phase de cette étude est la vérification de la fidélité de la grille d'observation des interactions patient / infirmière. Selon Fortin (1996), « une mesure est

fidèle si elle donne des résultats comparables dans des situations comparables » (p.224). Ainsi, un instrument possède un bon degré de fidélité si les résultats que l'on obtient avec cet instrument n'ont pas tendance à varier pour des raisons qui ne sont pas reliées à l'attribut que le test mesure. Dans cette étude, la fidélité a été évaluée à l'aide d'une mesure de l'accord inter-juges. Tel que suggéré par Landis et Koch (1977), la statistique Kappa a été utilisée pour déterminer l'accord inter-juges puisque cette statistique tient compte de l'accord qui est dû au hasard. Pour obtenir une mesure de fidélité, la grille d'observation a été utilisée simultanément par deux juges, qui ont évalué, à l'aide de la grille, 298 minutes d'enregistrements audio-visuels de jeux de rôles d'interactions patient / infirmière.

Définition des termes

Interaction patient / infirmière : comportement non verbal et éléments de contenu qui se manifestent lorsque une infirmière et un patient sont en présence l'un de l'autre.

Grille d'observation : Instrument de mesure permettant de quantifier la présence ou l'absence d'indicateurs de comportement non verbal et d'éléments de contenu selon la perspective du *Human Caring* de Watson (1979) et la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick et al (1967) lors d'interactions patient / infirmière.

Éléments de contenu : Sémantique des mots qu'une personne utilise.

Éléments relationnels : Ensemble de comportements non-verbaux.

Comportement non verbal : Toute manifestation observable ou audible chez une personne sans que le sens des mots ne soit considéré. Cette définition inclut les mouvements corporels, les gestes, les expressions faciales, les inflexions de la voix, la tonalité, le rythme et les silences.

Indicateur : élément de relation ou élément de contenu qui sont associés à l'un des 10 facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (1979;1999).

Juge expert : Infirmière reconnue dans son milieu pour sa compétence professionnelle, son expertise en soins infirmiers, sa connaissance de la communication et de la théorie du *Human Caring* de Watson (1979;1999).

Unité d'interaction patient / infirmière : Segments de temps déterminés d'interaction patient / infirmière durant lesquels la grille d'observation est appliquée.

Élaboration de la grille préliminaire

L'élaboration de la grille préliminaire s'est effectuée en cinq étapes. Premièrement, les différentes dimension du concept d'interaction patient / infirmière ont été défini à l'aide de la conception du *Human Caring* de Watson (1979;1999) et à l'aide de la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson (1967). Deuxièmement, une recension exhaustive des écrits a permis d'identifier 132 indicateurs d'interaction. Troisièmement, on a regroupé et comparé ces 132 indicateurs pour obtenir 49 indicateurs différents (Appendice C, tableau C2). Par exemple, l'indicateur « désaccord / malentendu / critique » est regroupé avec les indicateurs suivants « faire des reproches au patient », « émettre un jugement négatif sur le comportement du patient », « le professionnel critique la performance du patient » et « limite la reconnaissance, l'expression ou la résolution de conflits potentiels entre le professionnel et le patient ». À partir de cette liste de 49 indicateurs différents, une nouvelle formulation de l'indicateur a été effectuée pour qu'il soit observable. Par exemple l'indicateur « désaccord /malentendu / critique » est formulé de la façon suivante « effectue des reproches / exprime un désaccord »; l'indicateur « question fermée » devient « pose une question fermée ».

Quatrièmement, ces 49 indicateurs ont été classifiés selon la dimension (aspect humain du soin, relation thérapeutique et activité clinique) et l'axe (élément de contenu, élément de relation) qu'ils représentent. Cette classification est effectuée afin de s'assurer que les indicateurs retenus soient représentatifs du concept d'interaction patient / infirmière.

Pour terminer, lors de la cinquième étape, les indicateurs furent placés, à l'intérieur de la grille, selon l'ordre chronologique du déroulement d'une interaction. Par exemple, l'indicateur « se présente en se nommant et en expliquant son rôle » a été placé en premier sur la grille d'observation.

Milieu et échantillon

La validation de contenu de la grille a été réalisé par cinq juges experts choisis en fonction des critères suivants : connaissance des principes de la relation d'aide en soins infirmiers, connaissance de la théorie du *Human Caring*, connaissance des principes de la communication, diplôme de deuxième cycle en sciences infirmières et plus de cinq années d'expérience de travail dans le domaine des soins infirmiers. Les juges experts étaient issus de quatre milieux de travail différents. Le nombre de juges experts est arbitraire (Streiner & Norman, 1995), toutefois Lynn (1986) recommande qu'il y en ait entre trois et dix, afin d'éviter que des indicateurs valides soient exclus par l'effet du hasard. Les résultats de la validation de contenu sont présentés au Chapitre 4.

La vérification de la fidélité de la grille a été effectuée à l'aide de dix enregistrements audio-visuels d'interactions patient / infirmière d'une durée maximale de trente-deux minutes. En tout 298 unités d'interactions patient / infirmière furent utilisés. Ces enregistrements étaient déjà disponibles puisqu'ils ont été effectués dans un projet de

recherche précédant¹. Ces enregistrements audio-visuels contenaient des jeux de rôle illustrant un suivi clinique de patient cardiaque. Les patients étaient des participants bénévoles qui jouaient un jeu de rôle et les infirmières étaient des infirmières d'un centre hospitalier de Montréal. Trois scénarios différents furent utilisés : le suivi d'un patient sous anticoagulothérapie, le suivi d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque et le suivi d'un patient qui souffre d'angine. Les trois scénarios sont présentés à l'Appendice E. Les interactions se sont déroulées dans un local insonorisé muni d'un miroir teinté unidirectionnel derrière lequel une caméra était installée. Une infirmière de recherche, rencontrait préalablement d'une façon individuelle les participants pour expliquer le projet de recherche, obtenir leur consentement et leur remettre le scénario élaboré pour le jeu de rôle. Suite à cette rencontre, un moment était convenu pour le déroulement de l'interaction.

Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée en deux étapes. La première étape fut la validation de contenu de la grille préliminaire à l'aide du questionnaire de validation des indicateurs (Appendice F). Le questionnaire de validation permettait aux juges experts de se prononcer sur la pertinence de l'indicateur, la possibilité d'observer l'indicateur, la clarté de l'indicateur et la présence d'un lien entre l'indicateur et un des trois regroupement de facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (l'aspect humain du soin, la relation thérapeutique et les activités cliniques) et ce pour chaque indicateur. La pertinence a été évaluée par la question suivante : Est-ce que l'énoncé est pertinent aux soins infirmiers? Cette question permet de vérifier s'il est potentiellement utilisé en clinique. La

¹ Cossette (2002). Développement, mesure, validation et informatisation d'indicateurs de qualité des soins infirmiers. Protocole approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'ICM en juin 2002.

capacité d'observer l'indicateur a été évaluée par la question suivante : Est-ce que l'indicateur est observable? Cette question permet de vérifier si l'indicateur est formulé de manière à ce que l'on puisse y répondre en terme de présence ou d'absence lorsque l'on observe une interaction. La clarté a été évaluée par la question suivante : Est-ce que l'indicateur est formulé clairement? Cette question permet d'évaluer si les juges comprennent l'indicateur. Les juges ont répondu par écrit au questionnaire à l'aide d'une échelle de likert allant de 1 à 4 (1 = pas du tout, 2 = un peu, 3= moyennement, 4 = très).

Le lien entre l'indicateur et la théorie du *Human Caring* de Watson a été évalué par la question suivante : Est-ce que vous-êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : Activités cliniques / Aspect humain du soin / Relation thérapeutique? Vous devez indiquer si vous êtes d'accord avec l'association qui est effectuée en encerclant la réponse « oui » si vous êtes d'accord et « non » si vous n'êtes pas d'accord avec le lien proposé. Si vous répondez non indiquez à quel regroupement de facteurs caratifs vous associez l'indicateur, vous pouvez également choisir de l'associer à plus d'un regroupement. Cette question permet d'évaluer si l'indicateur appartient à une des trois dimensions du concept d'interaction patient / infirmière.

Les juges experts furent contactés par téléphone ou par courriel. S'ils acceptaient de participer divers documents leur ont été fourni par courriel ou en main propre dont une lettre explicative contenant une description du projet de recherche et du cadre de référence, la procédure à suivre pour remplir le questionnaire qui inclut une définition de chacune des trois dimensions de l'étude (aspect humain, relation thérapeutique et activité clinique) et un questionnaire de validation (Appendice F). Les questionnaires furent retournés par la poste à l'investigatrice un mois plus tard. Dans les 48 heures suivant la réception du questionnaire, les données quantitatives furent compilées, à l'aide du logiciel informatique

SPSS, dans une base de données créée pour la validation de contenu du questionnaire. Les commentaires que les juges experts ont effectués furent retranscrits sur un document de travail afin de permettre la visualisation de l'ensemble des commentaires et ce pour chaque indicateur. À la fin de cette première étape d'analyse, une grille épurée des items jugés valide fut construite. Cette nouvelle grille fut utilisée pour la mise à l'épreuve de l'instrument.

Avant de débiter la deuxième partie de l'étude, un prétest de la grille d'observation des interactions patient / infirmière a été effectué. Ce prétest a été réalisé à l'aide d'un enregistrement audio-visuel de jeu de rôle d'interaction patient / infirmière similaire à celui utilisé dans l'étude. Ce prétest était nécessaire afin d'évaluer la faisabilité de la deuxième étape de l'étude. Il a permis de s'assurer que la grille d'observation était adéquate pour l'expérimentation qu'on souhaitait effectuer. L'investigatrice et une assistante de recherche ont visionné différentes longueurs d'unité d'interaction (30 secondes, 1 minute, 2 minutes) pour déterminer la longueur d'unité d'interaction offrant qu'il était possible de codifier. De plus, il a été déterminé suite au prétest que chaque unité d'interaction devait être visionné deux fois. La première fois pour évaluer les éléments de contenu et la deuxième fois pour évaluer les éléments relationnels. Cette procédure s'avérait nécessaire puisqu'il est très difficile pour une personne d'évaluer deux catégories d'informations différentes simultanément.

La deuxième étape de l'étude consistait à vérifier la fidélité de la grille d'observation des interactions patient / infirmière. La fidélité de la grille fut évalué par deux juges, l'investigatrice et une assistante de recherche, qui ont visionné et codifié à l'aide de la grille, 298 minutes d'enregistrements audio-visuels de jeux de rôles d'interactions patient / infirmière. Les 298 minutes d'enregistrement audio-visuels

provenait de 10 jeux de rôle d'interactions patient / infirmière d'une durée moyenne de 30 minutes. Le visionnement a eu lieu au centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal dans un local spécialement aménagé à cette fin et il a été réalisé à l'aide d'un appareil VHS, d'une télévision de ainsi que deux écouteurs. Chaque enregistrement audio-visuel d'interaction patient / infirmière affichait un chronomètre qui indiquait le temps et permettait d'arrêter l'enregistrement pour le visionnement des unités d'interactions d'une minute chacune avec une précision de plus ou moins 1 seconde.

Pour chaque enregistrement audio-visuel contenant un jeu de rôle d'interaction patient / infirmière, deux juges (l'investigatrice et une assistante de recherche) visionnèrent deux fois chaque minute d'enregistrement audio-visuel. Le premier visionnement permettait aux juges de codifier les éléments de contenu de la grille d'observation et le deuxième visionnement du même segment d'interaction permettait aux juges de codifier les éléments non verbaux de la grille d'observation. Ainsi pour chaque unité d'interaction, les juges notèrent de façon indépendante la présence ou l'absence des différents indicateurs de la grille. Les résultats de ces analyses furent ensuite compilés à l'aide du logiciel SPSS, dans la base de données créée pour la mise à l'épreuve de l'instrument. Pour l'ensemble de la codification des 10 enregistrements audio-visuels, quatre assistantes de recherche différentes ont participé au visionnement avec l'investigatrice. Les assistantes de recherche étaient des étudiantes à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

Chaque assistante de recherche recevait, 15 minutes avant le début du visionnement des enregistrements audio-visuels, la grille d'observation utilisée ainsi que la définition de chacun des indicateurs (Appendice D). La consigne donnée aux assistantes de recherche était de lire les définitions et en cas d'hésitation ou d'incertitude de retourner aux définitions et que la bonne réponse était celle qu'elle jugeait être la bonne. Ensuite, il y

avait une pratique d'utilisation de la grille d'observation pendant 3 unités d'interactions de 1 minute chacune afin de s'assurer que les assistantes comprenaient le déroulement du visionnement et la façon de codifier sur la grille la présence ou l'absence d'un indicateur. Cette pratique utilisait un enregistrement déjà codifié, lors d'une séance de codification précédente. Lors de la première séance de codification, l'enregistrement audio-visuel utilisé fut celui utilisé pour le prétest. La codification de 30 minutes d'enregistrements durait deux heures. Une formation minimale à l'utilisation de la grille a été choisie afin d'évaluer son applicabilité à plus grande échelle.

Analyse des données

L'analyse des données se rapporte aux questions de recherche. La validation de contenu répond à deux questions de recherche.

La question 1 : *À quels regroupements de facteurs caratifs peut-on associer des indicateurs d'interaction patient / infirmière?* Cette question est répondue en utilisant des statistiques descriptives qui indiquent pour chacun des indicateurs le regroupement de facteurs caratifs auxquels chacun des juges experts a associé l'indicateur retenu.

La question 2 : *Quels sont les indicateurs pertinents et observables pour évaluer les interactions patient / infirmière?* Cette question est répondue en calculant la proportion de juges qui évaluèrent l'indicateur comme étant moyennement ou très pertinent. Les indicateurs qui obtenaient un pourcentage plus élevé que 0,80 furent conservés puisque Lynn (1986), suggère d'utiliser un pourcentage d'accord de 80% pour la validation des indicateurs. Le critère évaluant la capacité d'observer l'indicateur et le critère de clarté ont permis d'analyser l'énoncé de l'indicateur d'une façon qualitative; ainsi chaque indicateur qui reçut une cote de 1 ou de 2 par un seul des informateurs clés fut examiné de façon

critique et les indicateurs furent modifiés en conséquence par l'investigatrice. Les commentaires effectués par les juges experts sur le questionnaire de validation furent également considérés par l'investigatrice.

La mise à l'épreuve de l'instrument répond à une question de recherche en utilisant dix enregistrements audio-visuels de jeux de rôles d'interaction patient / infirmière.

La question 3 : *Pour chacun des indicateurs, quel est l'accord inter-juges obtenu lors de la mise à l'épreuve de l'instrument?* Cette question est répondue en calculant le coefficient de Kappa pour chacun des indicateurs en combinant les temps de mesure et les sujets. L'accord inter-juges, mesuré à l'aide de la statistique Kappa, fut développé par Cohen en 1960. À l'instar de l'accord simple qui mesure le rapport entre le nombre de fois ou deux juges sont en accord sur le nombre d'observations totale effectués par les deux juges, le Kappa tient compte de l'accord entre deux juges qui est dû au hasard. Sa valeur est déterminée par le calcul de l'accord parfait non dû au hasard qui a été observé sur l'accord parfait non dû au hasard qui est théoriquement possible. Pour interpréter le Kappa, Landis et Koch (1977) ont établi une classification des accords inter-juges. Selon cette classification, un accord inter-juges de plus de 0.41 est considéré comme étant raisonnable. D'autres auteurs ont établi des classifications légèrement différentes, ainsi dans son volume Fleiss (1986) indique également qu'un accord de 0.40 ou plus est synonyme d'un bon accord. L'accord inter-juges permet de donner un indice de la fidélité des indicateurs (Streiner & Norman, 1995). Les indicateurs pour lesquels l'accord inter-juges obtenu est supérieur à 0.41 furent conservés.

Considérations éthiques

Les enregistrements audio-visuels d'interactions patient / infirmière furent effectués à l'été 2002 à l'Institut de Cardiologie de Montréal dans le cadre d'un projet visant à quantifier certaines composantes des interactions patient / infirmière. Ce projet a obtenu préalablement l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement; de plus, ils avaient la possibilité de demander la destruction de l'enregistrement audio-visuel et de mettre fin à l'interaction à tout moment. Les enregistrements audio-visuels sont conservés sous clé au centre de recherche de l'ICM. La présente étude vise à élaborer et valider une grille d'observation des interactions patient / infirmière.

La présente étude est un sous-projet de l'étude principale et elle a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal le 25 février 2004 (voir Appendice G). L'investigatrice s'est conformée aux règles du comité d'éthique de l'ICM.

CHAPITRE 4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La présentation des résultats suivra l'énoncé des trois questions de recherches auxquelles se mémoire répond, soit : (1) À quels regroupements de facteurs caratifs peut-on associer des indicateurs d'interactions patient / infirmière? (2) Quels sont les indicateurs pertinents et observables pour évaluer les interactions patient / infirmière? (3) Pour chacun des indicateurs, quel est l'accord inter-juges obtenu lors de la mise à l'épreuve de l'instrument?

Les données permettant de répondre aux deux premières questions de recherche proviennent de cinq questionnaires de validation. En tout 127 commentaires furent effectués par les juges experts; tous les indicateurs ont été commentés avec une moyenne de 2.6 commentaires par indicateur. À cela s'ajoute une lettre de commentaires de la part d'un juge expert.

Question 1 : À quels regroupements de facteurs caratifs peut-on associer des indicateurs d'interactions patient / infirmière?

La première partie des résultats d'analyses de la validation de contenu concerne le regroupement de facteurs caratifs auxquels les différents indicateurs ont été associés par les juges experts. La question posée était « Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : activités cliniques, aspect humain du soin ou relation thérapeutique? ». Pour faciliter cette réflexion, l'investigatrice avait préalablement indiqué le regroupement auquel elle associait l'indicateur et l'expert indiquait s'il était d'accord avec ce

regroupement. Si l'expert n'était pas d'accord avec le regroupement choisi, il devait indiquer où il placerait l'indicateur. Il pouvait également choisir le fait que l'indicateur était associé à aucun des regroupements. Ces résultats sont présentés au tableau 1 pour l'ensemble des 48 indicateurs du questionnaire de validation.

Tableau 1 Classification des indicateurs selon les trois dimensions

Indicateurs (nombre par regroupement)	Aspect humain	Relation thérapeutique	Activités cliniques
Prédominance aspect humain (9)			
(C) Indique qu'elle est là pour aider	5 (I)		
(R) Pointer la personne avec son doigt	4 (I)		
(R) Froncement des sourcils	4 (I)		
(R) Posture dirigée vers le patient	4 (I)	1	
(R) Hochement de tête affirmatif	4 (I)	1	
(R) Contact visuel	4 (I)	1	
(C) Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)	3	2 (I)	
(C) Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance	3 (I)	2	
(R) Sourire	3 (I)	2	
Prédominance relation thérapeutique (25)			
(C) Reformule ce que dit ou exprime le patient (Reffet)		5 (I)	
(C) Pose une question triadique		5 (I)	
(C) Minimise / banalise l'expérience vécue (négatif)		5 (I)	
(R) Invite à poursuivre (hmm, hmm)		5 (I)	
(R) Présence de silence (plus de 5 secondes)		5 (I)	
(C) Pose une question ouverte		5 (I)	1
(C) Pose une question fermée		5 (I)	1
(R) Débit verbal rapide		4 (I)	
(C) Explique l'objectif de la rencontre	2	4 (I)	3

Tableau 1 (suite) Classification des indicateurs selon les trois dimensions

Indicateurs	Aspect humain	Relation thérapeutique	Activités cliniques
(R) Effectue un toucher de réconfort (non verbal)	1	4 (I)	
(C) Reconnaît / légitimise l'expérience vécue	1	4 (I)	
(C) Résume ce qui a été dit		4 (I)	1
(R) Débit verbal posé	1	4 (I)	
(C) Se présente en se nommant et en expliquant son rôle	1	4 (I)	
(R) Coupe la parole	1	4 (I)	
(R) Hauteur au plan visuel (plus haute, plus basse, même hauteur)	1	3 (I)	
(R) Distance de moins de 1.25 mètre	2	3 (I)	
(R) Laisse la parole à l'autre	2	3 (I)	
(R) Rire	2	3 (I)	
(R) Crie (hausse le ton) (négatif)	2	3 (I)	
(C) Fait des compliments / souligne les efforts et les forces du patient	2 (I)	3	
(C) Identifie les priorités ou aide à identifier les priorités		3	2 (I)
(C) Effectue des reproches / exprime un désaccord	1	3 (I)	1
(C) Sollicite la collaboration	1	3 (I)	1
(C) Fait une blague / utilise l'humour	1 (I)	2	

Tableau 1 (suite) Classification des indicateurs selon les trois dimensions

Indicateurs	Aspect humain	Relation thérapeutique	Activités cliniques
Prédominance activités cliniques (14)			
(C) Vérifie la compréhension de l'information donnée			5 (I)
(C) Discute avec le patient des alternatives possibles et des habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins			5 (I)
(R) Effectue un toucher de travail			5 (I)
(C) Effectue de l'enseignement			5 (I)
(C) Donne de l'information			5 (I)
(C) Explique les soins ou les traitements en cours			5 (I)
(C) Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention	(I)		5
(C) Intervient sur l'environnement externe pour répondre au besoin			4 (I)
(C) Répond aux besoins exprimés		2	4 (I)
(C) Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (non verbal) (négatif)			3 (I)
(C) Effectue ou suggère une distraction		1	4 (I)
(C) Répond aux questions / interrogations exprimées		1	4 (I)
(C) Indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention	(I)	1	4
(C) Donne des conseils		1	4(I)

(R) : signifie que l'indicateur est un indicateur relationnel

(C) : signifie que l'indicateur est un indicateur de contenu

(I) : indique que l'investigatrice avait placé l'indicateur dans le questionnaire de validation

Note : lorsque le total du nombre de juges n'égale pas cinq cela indique qu'un juge ne s'est pas prononcé ou qu'un juge s'est prononcé plus d'une fois.

De ces 48 indicateurs, 30 réfèrent au contenu de l'interaction, c'est-à-dire qu'ils réfèrent au sens que l'on donne aux mots qui sont utilisés, et 17 réfèrent à l'aspect relationnel de l'interaction, c'est-à-dire qu'ils réfèrent à toute manifestation observable ou audible chez une personne sans que le sens des mots ne soit considéré.

Puisque tous les indicateurs ont été associés à au moins une des trois dimensions du cadre de référence (aspect humain du soin, relation thérapeutique ou activités cliniques) par les juges experts et que le choix de réponse « aucun regroupement » n'a jamais été choisi, tous les indicateurs ont été conservés à la suite de cette première question de recherche. Le tableau 1 montre que neuf indicateurs ont été associés à l'aspect humain du soin, 25 à la relation thérapeutique et 14 aux activités cliniques.

Aspect humain du soin

Dans la dimension « aspect humain du soin », on retrouve le plus petit nombre d'indicateurs, soit neuf indicateurs, ainsi que le plus petit nombre d'indicateurs de contenu (C dans le Tableau 1). On observe que trois indicateurs sont associés uniquement à l'aspect humain du soin tandis que 6 indicateurs sont également associés à la relation thérapeutique. Aucun indicateur n'est associé aux activités cliniques et aucun indicateur n'est associé par un des juges à plus d'un regroupement.

Relation thérapeutique

Dans la dimension « relation thérapeutique », on retrouve le plus grand nombre d'indicateurs, soit 25 indicateurs. On observe que 14 d'entre eux sont des indicateurs de contenu et 11 sont des indicateurs relationnels. Six indicateurs sont uniquement associés à cette dimension par les juges experts. Douze indicateurs sont également associés à « l'aspect humain du soin » mais non aux « activités cliniques » et quatre indicateurs sont également associés aux « activités cliniques » mais non à « l'aspect humain du soin ».

Trois indicateurs soit : « explique l'objectif de la rencontre », « effectue des reproches / exprime un désaccord » et « sollicite la collaboration », sont associés par les juges experts aux activités cliniques et à l'aspect humain du soin. Parmi les indicateurs de la relation thérapeutique, trois indicateurs, « pose une question ouverte », « pose une question fermée » et « explique l'objectif de la rencontre », ont été associés par un même juge à plus d'un regroupement. La justification donnée par les juges experts dans leurs commentaires est que « poser une question » ou « expliquer l'objectif de la rencontre » peut, selon le contexte, être lié à une activité clinique ou à la relation thérapeutique ou à l'aspect humain du soin. Donc, la classification de ces indicateurs dépend du contexte dans lequel ils se produisent à l'intérieur d'une interaction patient / infirmière.

Activités cliniques

Dans le regroupement « activités cliniques », on retrouve 14 indicateurs dont 13 indicateurs de contenu et un seul indicateur relationnel : « effectue un toucher de travail ». Neuf de ces indicateurs sont associés uniquement à la dimension « activités cliniques » et les cinq autres indicateurs sont également associés à la dimension « relation thérapeutique ». Aucun indicateur n'est associé à la dimension « aspect humain du soin ». Un des indicateurs, « répond aux besoins exprimés », est associé par quatre juges experts à la dimension « activités cliniques » mais il est également associé par deux juges experts à la « relation thérapeutique ». En effet, l'infirmière peut répondre à un besoin clinique comme la douleur, un malaise ou la faim mais elle peut également répondre à des besoins qui découlent de la relation thérapeutique. Ce lien étroit entre les activités cliniques et la relation thérapeutique se retrouve également pour quatre indicateurs : « répond aux questions / interrogations exprimées », « indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention », « effectue ou suggère une distraction » et « donne des conseils ». En

effet, ces indicateurs sont associés par quatre juges aux activités cliniques et par un juge à la relation thérapeutique. L'indicateur « ne répond pas aux besoins exprimés » a été classifié par seulement trois juges, qui l'ont associé aux activités cliniques.

Résumé de la question 1

En résumé, on observe que les indicateurs appartenant aux dimensions « aspect humain du soin » et « activités cliniques » ne se recoupent jamais. C'est-à-dire qu'un indicateur n'a jamais été associé, par des juges différents à « l'aspect humain du soin » et aux « activités cliniques ». Toutefois certains indicateurs de la dimension « aspect humain du soin » sont aussi associés à la dimension « relation thérapeutique » et certains indicateurs de la dimension « activités cliniques » sont aussi associés à la dimension « relation thérapeutique ». Les indicateurs de la dimension « relation thérapeutique » sont aussi associés aux deux autres dimensions (aspect humain du soin et activités cliniques). On observe que trois indicateurs : « explique l'objectif de la rencontre », « effectue des reproches / exprime un désaccord » et « sollicite la collaboration » regroupé sous la dimension « relation thérapeutique » ont également été associé aux deux autres dimensions.

Question 2 : Quels sont les indicateurs pertinents et observables pour évaluer les interactions patient / infirmière?

Les réponses aux questions portant sur la pertinence, la capacité d'observer l'indicateur et la clarté ainsi que les commentaires effectués par les juges experts sur le questionnaire de validation de contenu sont utilisés pour répondre à cette deuxième question de recherche

Pour chacun des indicateurs, on a d'abord examiné le critère de pertinence. Les juges avaient répondu à la question « Est-ce que l'énoncé est pertinent ? » en utilisant l'échelle de likert suivante : 1-pas du tout, 2-un peu, 3-moyennement, 4-très. Pour que l'énoncé soit retenu à cette étape sans subir de modifications, 80% des juges devaient avoir indiqué que l'indicateur était moyennement ou très pertinent. Par la suite, certains indicateurs pertinents ont été modifiés en tenant compte des commentaires effectués par les juges experts. Par contre, certains indicateurs ont été conservés même s'ils ne satisfaisaient pas au critère de pertinence en raison de leur importance démontrée dans les résultats d'études présentées dans la revue des écrits.

Ensuite, on a examiné si l'indicateur était observable. Les juges avaient répondu à la question: Est-ce l'énoncé est observable? en utilisant l'échelle de likert suivante : 1-très difficilement, 2-difficilement, 3-facilement, 4-très facilement. Tous les indicateurs pour lesquels 100% des juges n'ont pas donné un résultat de 3 ou de 4 pour les critères portant sur la capacité d'observer l'indicateur furent examinés de façon critique par l'investigatrice en tenant compte des commentaires effectués par les juges experts.

Finalement on a examiné la clarté. Les juges avaient répondu à la question : Est-ce que l'énoncé est clair? en utilisant l'échelle de réponse suivante : 1-pas du tout, 2-un peu, 3-moyennement, 4-très. Tous les indicateurs pour lesquels 100% des juges n'ont pas donné un résultat de 3 ou de 4 pour les critères portant sur la clarté de l'indicateur furent examinés de façon critique par l'investigatrice en tenant compte des commentaires effectués par les juges experts.

Le critère de 100% utilisé pour la capacité d'observer l'indicateur et la clarté s'explique par le fait que si un seul des juges trouvait que l'énoncé manquait de clarté ou qu'il n'était pas observable, celui-ci devait systématiquement être examiné de façon

critique afin que les indicateurs retenus puissent être les plus clairs et les plus compréhensibles possibles. Ainsi, pour déterminer les indicateurs pertinents, observables et clairs, l'analyse a comporté un volet quantitatif et un volet qualitatif qui a permis de considérer chacun des commentaires effectués par les juges experts (Tableau 2).

Tableau 2 Résultats de la validation de contenu

Indicateurs initiaux	% de juges ayant donné un résultat de 3 ou de 4 sur le questionnaire				Indicateurs modifiés
	Pertinence	Observable	Clarté	Décision	
Prédominance aspect humain					
(C) Indique qu'elle est là pour aider	80	100	60	Rejeté	
(R) Pointer la personne avec son doigt	40	100	100	Rejeté	
(R) Froncement des sourcils	20	40	80	Modifié	Fronce les sourcils
(R) Posture dirigée vers le patient	100	100	75	Modifié	Se place face au patient
(R) Hoche nent de tête affirmatif	60	100	80	Modifié	Hoche la tête d'avant à en arrière
(R) Contact visuel	80	60	80	Modifié	Regarde le patient
(C) Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)	100	100	100	Conservé	
(C) Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance	100	100	100	Modifié	Invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins
(R) Sourire	80	60	60	Modifié	Sourit
Prédominance relation thérapeutique					
(C) Reformule ce que dit ou exprime le patient (Reflet)	100	100	100	Conservé	

Tableau 2 (suite) Résultats de la validation de contenu

Indicateurs initiaux	Pertinence	Observable	Clarté	Décision	Indicateurs modifiés
(C) Pose une question triadique	100	80	80	Conservé	
(C) Minimise / banalise l'expérience vécue (négatif)	100	100	100	Conservé	
(R) Invite à poursuivre (hmm, hmm)	100	100	100	Modifié	Invite à poursuivre la conversation (hmm, hmm; oui)
(R) Présence de silence (plus de 5 secondes)	100	100	60	Modifié	Garde le silence en présence de silence chez le patient
(C) Pose une question ouverte	100	100	100	Conservé	
(C) Pose une question fermée	100	100	100	Conservé	
(R) Débit verbal rapide	100	100	100	Modifié	Parle avec un débit verbal rapide
(C) Explique l'objectif de la rencontre	100	100	100	Modifié	Informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui
(R) Effectue un toucher de réconfort (non verbal)	80	100	100	Conservé	
(C) Reconnaît / légitimise l'expérience vécue	100	100	100	Conservé	
(C) Résume ce qui a été dit	100	80	80	Conservé	
(R) Débit verbal posé	100	100	100	Modifié	Parle d'une voix posée
(C) Se présente en se nommant et en expliquant son rôle	100	100	100	Modifié	Se présente en se nommant (nom) et en indiquant son titre d'emploi (infirmière)

Tableau 2 (suite) Résultats de la validation de contenu

Indicateurs initiaux	Pertinence	Observable	Clarté	Décision	Indicateurs modifiés
(R) Coupe la parole	100	100	100	Conservé	
(R) Hauteur au plan visuel (plus haute, plus basse, même hauteur)	80	80	60	Modifié	Se tient à la même hauteur visuelle que le patient
(R) Distance de moins de 1,25 mètre	60	100	100	Rejeté	
(R) Laisse la parole à l'autre	100	80	80	Conservé	
(R) Rire	40	100	80	Rejeté	
(R) Crie (hausse le ton) (négatif)	60	100	100	Modifié	Hausse le ton en s'adressant au patient
(C) Fait des compliments / souligne les efforts et les forces du patient	100	100	80	Modifié	Souligne les efforts et les forces du patient
(C) Identifie les priorités ou aide à identifier les priorités	100	100	80	Modifié	(1) Identifie l'ordre de priorité des soins à donner avec le client (2) Aide le client à identifier ses priorités
(C) Effectue des reproches / exprime un désaccord	100	80	80	Modifié	(1) Exprime un reproche (2) Exprime un désaccord vis-à-vis un comportement, une fausse croyance, une méconnaissance
(C) Sollicite la collaboration	100	100	100	Conservé	
(C) Fait une blague / utilise l'humour	25	100	75	Rejeté	

Tableau 2 (suite) Résultats de la validation de contenu

Indicateurs initiaux	Pertinence	Observable	Clarté	Décision	Indicateurs modifiés
Prédominance activités cliniques					
(C) Vérifie la compréhension de l'information donnée	100	80	80	Modifié	Vérifie la compréhension que le patient possède de l'information donnée
(C) Discute avec le patient des alternatives possibles et des habilités nécessaires pour répondre à ses besoins	100	80	60	Modifié	(1) Explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins (2) Explore avec le patient les habilités nécessaires pour répondre à ses besoins Utilise un toucher de travail
(R) Effectue un toucher de travail (non verbal)	40	80	60	Modifié	
(C) Effectue de l'enseignement	100	100	100	Conservé ^a	
(C) Donne de l'information	100	80	80	Modifié	Donne de l'information sans que le patient lui ait posé une question
(C) Explique les soins ou les traitements en cours	100	100	100	Conservé	
(C) Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention	80	80	100	Modifié	Explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement ou d'une intervention
(C) Intervient sur l'environnement externe pour répondre au besoin	80	80	80	Rejeté	
(C) Répond aux besoins exprimés	100	80	100	Modifié	Répond à un besoin exprimé par le client

Tableau 2 (suite) Résultats de la validation de contenu

Indicateurs initiaux	Pertinence	Observable	Clarté	Décision	Indicateurs modifiés
(C) Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (non verbal) (négatif)	80	60	60	Modifié	(1)Évite de répondre à une question (2)Évite de répondre au besoin exprimé
(C) Effectue ou suggère une distraction	60	40	80	Rejeté	
(C) Répond aux questions / interrogations exprimées	100	100	100	Modifié	Répond à une question / interrogation exprimée par le client
(C) Indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention	60	100	100	Modifié	Explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention
(C) Donne des conseils	100	100	100	Modifié ^a	Donne des conseils en tant qu'expert

a : ces indicateurs seront rejetés suite au prétest

Globalement on constate que sur 48 indicateurs, 14 furent conservés tels quels, 27 furent modifiés, sept furent rejetés, et quatre indicateurs furent ajoutés à la suite des modifications.

Aspect humain du soin

Parmi les 9 indicateurs qui représentent l'aspect humain du soin, on constate qu'un indicateur, « salue le patient », a été conservé, six indicateurs ont été modifiés et deux indicateurs ont été rejetés. Parmi les deux indicateurs rejetés, il y a un indicateur de contenu et un indicateur relationnel.

En examinant les résultats obtenus pour le critère de pertinence, on constate que trois indicateurs n'ont pas satisfait ce critère : « pointer la personne avec son doigt », « froncement des sourcils » et « hochement de tête affirmatif ». Deux de ces indicateurs, « froncement des sourcils » et « hochement de tête affirmatif », ont été conservés avec des modifications légères malgré le fait qu'ils n'aient pas satisfait le critère de pertinence. En effet, l'état des connaissances justifiait la retenue de ces indicateurs en raison de leur influence sur la santé des patients. Toutefois, l'indicateur « pointer la personne avec son doigt », jugé non pertinent par les juges experts, a été rejeté car l'état des connaissances ne justifiait pas de conserver cet indicateur.

Le deuxième indicateur rejeté, « indique qu'elle est là pour aider », manquait de clarté selon les juges et les commentaires indiquaient qu'il était trop similaire à l'indicateur « encourage la pose de questions et les demandes d'assistance », associé à l'aspect humain du soin, et l'indicateur « se présente en se nommant et en expliquant son rôle », associé à la relation thérapeutique.

Six indicateurs représentant l'aspect humain du soin ont été modifiés afin d'en améliorer la clarté et la capacité à les observer. Par exemple, l'indicateur « encourage la

pose de questions et les demandes d'assistance » a été modifié pour « invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins », l'indicateur « sourire » est devenu « sourit » et l'indicateur « contact visuel » est devenu « regarde le patient ».

Relation thérapeutique

Parmi les 25 indicateurs associés à la relation thérapeutique, 11 ont été conservés, 11 ont été modifiés et trois ont été rejetés. Deux des indicateurs rejetés sont des indicateurs relationnels et un est un indicateur de contenu.

En examinant le critère de pertinence, on constate que quatre indicateurs n'ont pas satisfait ce critère : « distance de moins de 1.25 mètre », « rire », « fait une blague / utilise l'humour » et « crie (hausse le ton) ». Les trois premiers indicateurs ont été rejetés tandis que l'indicateur « crie (hausse le ton) » a été conservé avec des modifications. En raison des commentaires des juges experts, des effets potentiellement nuisibles de la présence de cet indicateur lors d'interactions patient / infirmière et de sa présence possible lors d'interactions patient / infirmière, l'investigatrice a décidé de conserver cet indicateur en le modifiant pour « hausse le ton en s'adressant au patient ».

Parmi les onze indicateurs modifiés, trois l'ont été en scindant l'indicateur en deux afin d'augmenter leur clarté. Par exemple, l'indicateur « effectue des reproches / exprime un désaccord » a été modifié et divisé en deux indicateurs pour : « exprime un reproche » et « exprime un désaccord vis-à-vis un comportement, une fausse croyance, une méconnaissance ». Parmi les indicateurs modifiés, six autres ont obtenu un pourcentage d'accord de 100% pour les trois critères. Par contre, les modifications résultent de l'analyse des commentaires et suggestions effectués par les juges experts qui permettaient d'améliorer la formulation des indicateurs. Par exemple, l'indicateur « explique l'objectif de la rencontre » est devenu « informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui ».

Activités cliniques

Parmi les 14 indicateurs associés aux activités cliniques, deux sont conservés, 10 sont modifiés et deux sont rejetés. Les deux indicateurs rejetés sont des indicateurs de contenu.

Trois indicateurs n'ont pas satisfait le critère de pertinence : « effectue un toucher de travail », « indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention » et « effectue ou suggère une distraction ». Toutefois, les deux premiers indicateurs ont été conservés. Ainsi, l'indicateur « effectue un toucher de travail » a été conservé et modifié pour « utilise un toucher de travail », puisque plusieurs études ont documenté la présence de toucher de travail et pour être complète, la grille d'observation des interactions patient / infirmière doit tenir compte de cette dimension du travail de l'infirmière.

L'indicateur « indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention » a été conservé et modifié pour « explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention » puisque les commentaires des juges experts indiquaient que si l'on parlait « d'effets secondaires », cet énoncé devenait très pertinent.

L'indicateur « intervient sur l'environnement externe pour répondre au besoin » est rejeté à la suite de l'analyse des commentaires des juges experts qui indiquaient que cet indicateur était très semblable à l'indicateur « répond à un besoin exprimé par le client »

Prétest de la grille d'observation

Le prétest de la grille d'observation retenue (voir note en bas du Tableau 2) effectué à la suite de la validation de contenu par des juges experts a amené l'élimination de 2 indicateurs de contenu appartenant à la dimension activités cliniques : « effectue de l'enseignement », et « donne des conseils en tant qu'expert ».

Résumé de la question 2

En résumé, à la suite à la validation de contenu et au prétest, 43 indicateurs ont été retenus à l'intérieur de la grille d'observation. Sept de ces indicateurs représentent l'aspect humain du soin dont deux indicateurs de contenu et cinq indicateurs relationnels; 24 indicateurs représentent la relation thérapeutique dont 15 indicateurs de contenu et neuf indicateurs relationnels et 12 indicateurs représentent les activités cliniques dont 11 indicateurs de contenu et un indicateurs relationnel.

Les huit indicateurs non retenus l'ont été principalement sur la base du critère de pertinence et de l'impossibilité à les observer lors du prétest. Parmi ces huit indicateurs, deux sont associés à l'aspect humain du soin dont un indicateur de contenu et un indicateur relationnel. Trois indicateurs sont associés à la relation thérapeutique dont deux indicateurs relationnels et un indicateur de contenu et trois indicateurs de contenu sont associés aux activités cliniques.

Les indicateurs « explique les soins ou les traitements en cours », « effectue un toucher de travail », « identifie l'ordre de priorité des soins à donner avec le client », « répond au besoin exprimé par le client » et « évite de répondre au besoin exprimé » ne sont pas retenus pour la question 3 puisque les situations d'entrevues utilisées pour valider la grille ne contiennent pas de situations qui font appel à l'aspect technique des soins.

Ainsi à la suite de l'analyse des résultats de la deuxième question de recherche et du prétest, la grille d'observation des interactions patient / infirmière comportait 43 indicateurs. Trente-huit de ces 43 indicateurs furent retenus pour la troisième question de recherche.

Question 3 : Pour chacun des indicateurs, quel est l'accord inter-juges obtenu lors de la mise à l'épreuve de l'instrument?

Tel qu'expliqué dans le chapitre sur la méthode, la statistique Kappa est employée pour évaluer l'accord inter-juges. Un seuil de plus de 0.41 est utilisé comme critère dans l'étude actuelle. Les résultats de l'accord simple (nombre de fois où les deux juges sont d'accord / le nombre d'observations) et la variation des indicateurs (nombre de fois où les deux juges sont d'accord sur l'absence de l'indicateur / le nombre de fois où les deux juges sont d'accord sur la présence de l'indicateur) sont également présentés

À chaque minute d'enregistrement audio-visuel, deux juges ont noté de façon indépendante la présence ou l'absence de l'indicateur. Puisqu'il y avait sept enregistrements d'une durée de 32 minutes, un d'une durée de 31 minutes, un d'une durée de 25 minutes et un de 18 minutes, la présence ou l'absence de chaque indicateur fut observé 298 fois $((32 \times 7) + 31 + 25 + 18)$ par les deux juges.

Le tableau 3 présente le Kappa, l'accord simple et la variation, et ce, pour 38 des 43 indicateurs retenus à la suite de la question 2. Par exemple, pour l'indicateur « fronce les sourcils », le Kappa est de -0.01, l'accord est de 0.93 et la variation est de 276/0. L'accord de 0.93 signifie que pour 276 des 298, observations les deux juges ont codé pareillement l'absence ou la présence de l'indicateur. Par ailleurs, la variation de 276/ 0 indique que dans 276 observations, les deux juges ont été d'accord sur l'absence de l'indicateur et que dans aucune situation ils ont été d'accord sur la présence de l'indicateur.

Tableau 3 Accord inter-juges

Indicateurs	Kappa	Accord	Variation
Prédominance aspect humain			
(R)Fronce les sourcils	-0.01	0.93	276/0
(R)Se place face au patient	-0.02	0.94	0/281
(R)Hoche la tête d'avant à en arrière	0.14	0.61	42/141
(R)Regarde le patient	-0.01	0.98	0/294
(C)Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)	0.87*	0.99	289/7
(C)Invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins	0.56*	0.97	283/6
(R)Sourit	0.36	0.69	130/75
Prédominance relation thérapeutique			
(C)Reformule ce que dit ou exprime le patient (Reffet)	0.10	0.81	234/7
(C)Pose une question triadique	0.29	0.98	292/1
(C)Minimise / banalise l'expérience vécue (négatif)	0.18	0.91	267/4
(R)Invite à poursuivre la conversation (hmm, hmm)	0.43*	0.74	161/61
(R)Garde le silence en présence de silence chez le patient	0.33	0.94	275/5
(C)Pose une question ouverte	0.57*	0.85	205/47
(C)Pose une question fermée	0.54*	0.77	119/111
(R)Parle avec un débit verbal rapide	0.17	0.94	279/2
(C)Informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui	0.69*	0.98	285/7
(R)Effectue un toucher de réconfort (non verbal)	a	1.00	297/1
(C) Reconnaît / légitimise l'expérience vécue	0.47*	0.83	215/33
(C) Résume ce qui a été dit	0.15	0.92	270/3
(R)Parle d'une voix posée	0.38	0.85	19/223

A : SPSS ne peut pas calculer le Kappa car les résultats sont constants

Tableau 3 (suite) Accord inter-juges

Indicateurs	Kappa	Accord	Variation
(C)Se présente en se nommant (nom) et en indiquant son titre d'emploi (infirmière)	1.00*	1.00	292/6
(R)Coupe la parole	0.39	0.89	253/13
(R)Se tient à la même hauteur visuelle que le patient	-0.01	0.90	0/267
(R)Laisse la parole à l'autre	0.38	0.75	45/179
(R)Hausse le ton en s'adressant au patient	0.00	0.99	296/0
(C)Souligne les efforts et les forces du patient	0.68*	0.93	253/25
(C)Aide le patient à identifier ses priorités	0.24	0.86	248/9
(C)Exprime un reproche	0.35	0.98	289/2
(C)Exprime un désaccord vis-à-vis un comportement, une fausse croyance, une méconnaissance	0.42*	0.97	287/3
(C) Sollicite la collaboration	0.26	0.88	255/8
Prédominance activités cliniques			
(C) Vérifie la compréhension que le patient possède de l'information donnée	0.49*	0.90	250/18
(C)Explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins	0.33	0.72	171/45
(C)Explore avec le patient les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins	0.23	0.78	212/19
(C)Donne de l'information sans que le patient lui ait posé de questions	0.19	0.63	140/47
(C)Explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement ou d'une intervention	0.44*	0.80	195/42
(C)Évite de répondre à une question	0.42*	0.95	277/6
(C)Répond à une question / interrogations exprimée par le patient	0.53*	0.76	136/93
(C) Explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention	0.54*	0.89	240/25

Le tableau 3 montre que lors de la mise à l'épreuve de la grille d'observation, 15 indicateurs (* dans le Tableau 3) sur 38 ont obtenu un bon accord inter-juges, selon le seuil de 0.41 qui est utilisé comme critère dans cette étude. Parmi ces 15 indicateurs, deux sont associés à la dimension aspect humain du soin, huit sont associés à la dimension relation thérapeutique et cinq à la dimension activités cliniques. Quatorze de ces 15 indicateurs sont des indicateurs de contenu ((C) dans le tableau 3) et un seul est un indicateur relationnel ((R) dans le tableau 3).

Aspect humain du soin

Parmi les indicateurs associés à l'aspect humain du soin, deux indicateurs de contenu, « salue le patient » et « invite la patient à lui faire des demandes selon ses besoins », obtiennent des Kappa de plus de 0.41 et sont donc considérés comme étant fiables. En observant l'accord simple (voir colonne accord dans le tableau 3) de ces deux indicateurs, on observe que celle-ci est respectivement de 0.99 et 0.97, ce qui est très élevé.

Cependant, trois indicateurs relationnels, « fronce les sourcils », « se place face au patient » et « regarde le patient », ont également obtenu un accord simple élevé (0.93, 0.94 et 0.98 respectivement) mais ils obtiennent des valeurs négatives de Kappa. Ces valeurs négatives de Kappa sont dues à la surestimation de la probabilité d'accord dû au hasard qui se produit lorsqu'il y a une absence de variation de l'indicateur, c'est-à-dire que l'indicateur est toujours présent ou toujours absent. Par exemple dans le Tableau 3 on observe que la variation de l'indicateur « hausse le ton en s'adressant au patient » est nulle ainsi l'indicateur a été évalué par les deux juges comme étant absent 296 fois et il n'a jamais été évalué par les deux juges comme étant présent (voir colonne variation dans le Tableau 3). Dans ces situations, le coefficient Kappa ne reflète pas un manque d'accord mais un manque de variation.

Deux indicateurs relationnels, « hoche la tête d'avant à en arrière » et « sourit », ont obtenu une concordance simple relativement faible (respectivement 0.61 et 0.69) ainsi que des valeurs de Kappa ne permettant pas de considérer ces indicateurs comme étant fiables (respectivement 0.14 et 0.36).

Relation thérapeutique

Sur les 23 indicateurs associés à la relation thérapeutique, huit obtiennent des Kappas de plus de 0.41 et sont donc considérés comme étant fiables. Parmi ceux-ci il y a un indicateur relationnel, « invite à poursuivre la conversation (hmm, hmm) », qui obtient un Kappa de 0.43. Les sept indicateurs de contenu sont : « pose une question ouverte », « pose une question fermée », « informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui », « reconnaît / légitimise l'expérience vécue », « se présente en se nommant et en indiquant son titre d'emploi », « souligne les efforts et les forces du patient » et « exprime un désaccord vis-à-vis un comportement, une fausse croyance, une méconnaissance ».

L'ensemble des indicateurs appartenant à la relation thérapeutique a obtenu un accord simple d'au moins 0.74. Par exemple, l'indicateur « pose une question triadique » a été codifié simultanément par les deux juges comme étant absent 292 fois et codifié comme étant présent par les deux juges une fois. Les deux juges ont donc été en accord sur la présence ou l'absence de l'indicateur 293 fois sur les 298 fois où ils l'ont observé, ce qui donne une concordance simple de 0.98. Le Kappa obtenu pour cet indicateur est de 0.28, ce qui indique que l'indicateur ne peut pas être considéré comme étant fiable puisque l'on ne sait pas si l'on est capable d'observer la présence de l'indicateur adéquatement en raison du manque de variation. Il s'agit d'un phénomène similaire à une valeur de Kappa négative dû à une absence de variation de l'indicateur. Donc, les 15 indicateurs associés à la relation

thérapeutique qui n'ont pas obtenu un Kappa de plus de 0.41 sont potentiellement valables en raison d'une concordance simple relativement élevée (plus de 0.75). Toutefois, l'absence de variation observée ne nous permet pas de les considérer comme étant fiables à ce stade-ci de la validation de l'outil

Les indicateurs relationnels « parle d'une voix posée », « coupe la parole » et « laisse la parole à l'autre » ont obtenu des valeurs de Kappa respectives de 0.37; 0.39 et 0.38, ce qui est près du seuil de 0.41.

Activités cliniques

Plus de la moitié des indicateurs appartenant aux activités cliniques (5 sur 8) ont obtenu un accord inter-juges de plus de 0.41 et sont donc considérés comme étant fiables. Il s'agit des indicateurs suivants : « vérifie la compréhension que le patient possède de l'information donnée », « explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement ou d'une intervention », « évite de répondre à une question », « répond à une question / interrogation exprimée par le patient » et « explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention ». À l'exception de l'indicateur « évite de répondre à une question », qui obtient un Kappa de plus de 0.41 malgré une faible variation, les autres indicateurs présentaient une variation plus élevée, ce qui favorise l'obtention d'un Kappa satisfaisant. Donc les indicateurs associés aux activités cliniques présentent davantage de variation.

Résumé de la question 3

En résumé, 15 indicateurs sur les 38 indicateurs de la grille d'observation des interactions patient / infirmière ont obtenu un accord inter-juges de plus de 0.41 et sont donc considérés comme étant fiables. Sur ces 15 indicateurs, deux sont associés à l'aspect humain, huit à la relation thérapeutique et cinq aux activités cliniques. Quatorze de ces 15

indicateurs sont des indicateurs de contenu et un seul est un indicateur relationnel. Il est également important de souligner que 33 indicateurs sur 38 ont obtenu un accord simple de 0.75 ou plus; dont 5 indicateurs sur 7 dans la dimension aspect humain du soin, 22 indicateurs sur 23 dans la dimension relation thérapeutique et 6 indicateurs sur 8 dans la dimension activités cliniques. La faible variation de certains indicateurs ayant un accord simple de 0.75 ou plus, explique dans certains cas, la présence d'une valeur négative ou faible du Kappa.

CHAPITRE 5 DISCUSSION

Le but de la présente étude était d'élaborer et de valider, en partie, une grille d'observation des interactions patient / infirmière.

Pour élaborer la grille d'observation des interactions patient / infirmière, un cadre de référence a été utilisé en s'inspirant de la théorie du *Human Caring* de Watson et de la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick et al. Ce cadre permet de décrire l'action de l'infirmière selon trois dimensions différentes : l'aspect humain du soin, la relation thérapeutique et les activités cliniques. Le contenu de ce qui est communiqué et les aspects relationnels qui l'accompagnent ont également été considérés.

Dans un premier temps, une grille préliminaire comprenant 48 indicateurs a été élaborée en se basant sur une recension des écrits. Ensuite, ces indicateurs ont été soumis à une validation de contenu par cinq juges experts. Ces derniers se sont prononcés sur la présence d'un lien entre l'indicateur et l'une des trois dimensions de la théorie du *Human Caring* de Watson (aspect humain du soin, relation thérapeutique et activités cliniques), la pertinence de l'indicateur, la clarté de l'indicateur et la capacité d'observer l'indicateur.

Dans un deuxième temps, la grille a été pré-testée afin de s'assurer de la faisabilité de la mise à l'épreuve de la grille d'observation des interactions patient / infirmière. Ce prétest a amené l'investigatrice à enlever deux indicateurs appartenant à la dimension « activités cliniques ».

Dans un troisième temps, la fidélité de la grille d'observation des interactions patient / infirmière a été évaluée. À l'aide de dix enregistrements audio-visuels, pour un

Le but de la présente étude était d'élaborer et de valider, en partie, une grille d'observation des interactions patient / infirmière.

Pour élaborer la grille d'observation des interactions patient / infirmière, un cadre de référence a été utilisé en s'inspirant de la théorie du *Human Caring* de Watson et de la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick et al. Ce cadre permet de décrire l'action de l'infirmière selon trois dimensions différentes : l'aspect humain du soin, la relation thérapeutique et les activités cliniques. Le contenu de ce qui est communiqué et les aspects relationnels qui l'accompagnent ont également été considérés.

Dans un premier temps, une grille préliminaire comprenant 48 indicateurs a été élaborée en se basant sur une recension des écrits. Ensuite, ces indicateurs ont été soumis à une validation de contenu par cinq juges experts. Ces derniers se sont prononcés sur la présence d'un lien entre l'indicateur et l'une des trois dimensions de la théorie du *Human Caring* de Watson (aspect humain du soin, relation thérapeutique et activités cliniques), la pertinence de l'indicateur, la clarté de l'indicateur et la capacité d'observer l'indicateur.

Dans un deuxième temps, la grille a été pré-testée afin de s'assurer de la faisabilité de la mise à l'épreuve de la grille d'observation des interactions patient / infirmière. Ce prétest a amené l'investigatrice à enlever deux indicateurs appartenant à la dimension « activités cliniques ».

Dans un troisième temps, la fidélité de la grille d'observation des interactions patient / infirmière a été évaluée. À l'aide de dix enregistrements audio-visuels, pour un

total de 298 minutes, les interactions patient / infirmière ont été observées à travers divers jeux de rôles. Un coefficient de Kappa a été calculé pour chaque indicateur.

Quatre thèmes de discussion sont développés. Premièrement, les contributions de la présente étude sont identifiées. Deuxièmement, les observations qui se dégagent de chacune des questions de recherche sont expliquées. Troisièmement, les limites de l'étude sont identifiées et pour terminer, les recommandations qui se dégagent de l'étude sont présentées.

Contributions de l'étude

La grille d'observation des interactions patient / infirmière permet de quantifier certaines composantes de l'interaction patient / infirmière. Ainsi, 15 indicateurs sur 38 ont obtenu une valeur de Kappa de plus de 0.41 et 33 indicateurs sur 38 ont obtenu un accord simple de 0.75 et plus. Appréhender un tout comme l'interaction patient / infirmière et tenter d'en quantifier certains aspects constituent un défi important qu'il a été possible de réaliser grâce au cadre de référence de l'étude qui combine la théorie du *Human Caring* de Watson (1979) et la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick et al. (1967). La théorie de Watson a permis de définir à l'aide de dix facteurs ce que l'infirmière fait lorsqu'elle prend soin et la théorie de Watzlawick et al. est venue spécifier comment on peut observer une interaction entre deux personnes, soit en considérant les éléments de contenu et les éléments de relation.

Ce cadre de référence a permis d'appréhender la globalité ainsi que la simultanéité de l'action de prendre soin qui se déroule lors de l'interaction patient / infirmière. Ainsi, le cadre de référence considère que les trois dimensions, auxquelles les dix facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (aspect humain, relation thérapeutique et activités

cliniques) ont été associés, peuvent être présentes de façon simultanée. Par exemple, en utilisant la grille d'observation pour étudier une interaction patient / infirmière, un observateur peut considérer que l'infirmière est à la même hauteur au plan visuel que le patient, qu'elle lui tend la main et qu'elle l'écoute en hochant la tête.

À notre connaissance, aucun instrument n'examine spécifiquement l'interaction patient / infirmière tout en considérant la globalité de cette interaction. Certains auteurs, tels Nadot (2001) ont proposé une typologie qui définit l'activité infirmière comme étant une contribution à trois sous-cultures du système de santé : la culture administrative, la culture médicale et la culture infirmière. En partant de la contribution que les infirmières font à chacune des sous-cultures, Nadot (2001), a identifié et proposé 14 pratiques (indicateurs) qui décrivent ce que l'infirmière fait. Voici quelques-unes des 14 pratiques identifiées par Nadot (2001) : « pratiques de gestion de l'information », « pratiques de récolte de l'information », « pratiques d'ordre et de discipline », « pratiques de déplacement », « pratiques hôtelières », « pratiques de réapprovisionnement et de rangement », « pratiques de la relation », « pratiques de formation ». Les pratiques (indicateurs) identifiées par Nadot (2001) sont utiles pour déterminer le temps qu'occupe chacune des pratiques mais elles ne permettent pas de qualifier ni de quantifier les caractéristiques de l'interaction patient / infirmière. La typologie de Nadot offre un regard macroscopique sur l'ensemble des activités effectuées par l'infirmière en incluant des indicateurs comme les pauses, le temps d'attente et le temps de déplacement. La grille d'observation des interactions patient / infirmière, qui a été développée dans le présent travail, examine ce qui se passe lorsque l'infirmière et le patient sont en présence l'un de l'autre. À notre connaissance, aucune grille d'observation ne permet d'appréhender cette globalité dans l'interaction patient / infirmière.

Éléments de discussion de l'étude

Dans la section qui suit, des éléments de discussion, portant sur chacune des questions de recherche de l'étude, sont présentés.

Éléments de discussions sur la première question de recherche

La recension des écrits et le processus de validation de contenu suggèrent qu'il est plus aisé d'identifier des indicateurs pertinents et observables pour la relation thérapeutique que pour l'aspect humain du soin. Ainsi, la grille retenue (Chapitre 4, Tableau 3, Page 81) pour répondre à la troisième question de recherche comporte sept indicateurs associés à l'aspect humain du soin, 24 indicateurs associés à la relation thérapeutique et 12 indicateurs associés aux activités cliniques. Nous avons volontairement exclu les indicateurs se rapportant à la qualité technique de l'exécution d'un soin particulier, tel l'insertion d'une sonde ou d'un cathéter, puisque des grilles existent déjà pour mesurer les qualités techniques de ces activités. Nous avons trouvé peu d'indicateurs appartenant à l'aspect humain du soin dans les écrits. Paradoxalement, ce qui fait qu'un soin est humain apparaît comme étant évident. Par exemple, des études qualitatives (Bottorf & Morse, 1994; Ramos, 1992) illustrent la présence ainsi que l'absence de cet aspect lors d'interactions entre des patients et des infirmières. Il semble que l'aspect humain du soin soit associé à un tout. Il est donc difficile de définir des indicateurs précis de cette dimension. Ceci s'explique par la nature même de l'aspect humain du soin tel que défini par Watson (1979) qui écrit que les trois premiers facteurs caratifs, qui composent la dimension de l'aspect humain du soin, interagissent pour former l'orientation philosophique de ce qu'est la pratique infirmière. Cette orientation philosophique guide l'action et le comportement de l'infirmière lorsqu'elle interagit avec un patient. L'aspect humain du soin est difficilement observable

par le biais d'un seul indicateur, mais il se traduit dans la façon de faire des gestes qui relèvent de la relation thérapeutique et des activités cliniques.

Les indicateurs de l'aspect humain du soin sont principalement des indicateurs relationnels, tandis que ceux de la relation thérapeutique sont répartis entre des indicateurs de contenu et des indicateurs relationnels et ceux des activités cliniques sont en forte majorité des indicateurs de contenu. Les indicateurs associés à une seule dimension (aspect humain du soin, relation thérapeutique ou activités cliniques) sont autant des indicateurs de contenu que des indicateurs relationnels. Ainsi, l'exclusivité à une seule dimension ne s'explique pas par le type d'indicateur (contenu ou relationnel). Les résultats de la validation de contenu montrent que pour 30 des 41 indicateurs, les juges n'ont pas été unanimes quant aux dimensions auxquelles ils associaient l'indicateur. Ainsi, parfois les indicateurs associés majoritairement à la dimension « aspect humain du soin » étaient également associés à la dimension « relation thérapeutique ». Certains indicateurs associés majoritairement à la dimension « activités cliniques » étaient également associés à la dimension « activité thérapeutique ». Les indicateurs de la dimension « relation thérapeutique » ont aussi été associés soit à la dimension « aspect humain du soin », soit à la dimension « relation thérapeutique ».

Ce lien entre les différentes dimensions s'observe également dans d'autres instruments. Ainsi, des analyses factorielles effectuées sur le « *Caring Behavior Inventory* » montrent que les indicateurs appartiennent à cinq dimensions différentes. Ces dernières sont corrélées entre elles avec des coefficients d'au moins 0.50 (Robinson Wolf, Riviello Giardino, Osborne, & Stahley Ambrose, 1994).

Par contre, une des particularités des résultats observés est que les indicateurs associés majoritairement à la dimension « aspect humain du soin » et ceux associés

majoritairement aux « activités cliniques » n'ont jamais été associés entre eux par les juges experts. Il semble plus aisé de distinguer les indicateurs de l'aspect humain du soin et des activités cliniques.

Éléments de discussions sur la deuxième question de recherche

Il est important de traiter de trois indicateurs faisant partie de la relation thérapeutique et de l'aspect humain du soin qui ont été rejetés lors de la validation de contenu mais qui, après avoir visionné les enregistrements et consulté à nouveau les écrits, apparaissent comme étant important lors de l'interaction patient / infirmière. Il s'agit de l'indicateur « utilise l'humour / fait une blague », « rire » et de l'indicateur « pointer la personne avec son doigt ».

L'indicateur « utilise l'humour / fait une blague » a été associé par un juge à l'aspect humain et par deux juges à la relation thérapeutique, tandis que l'indicateur « rire » a été associé par deux juges à l'aspect humain du soin et par trois juges à la relation thérapeutique. Ces deux indicateurs n'ont pas été évalués comme étant pertinents. Cependant, ils constituent des interventions infirmières importantes utilisées auprès de patients de tous les âges (Dowling, 2002; Hulse, 1994; Sullivan, Weinert, & Cudney, 2003). Ainsi, Hulse (1994) explore l'utilisation de l'humour auprès des personnes âgées et Dowling (2002) s'intéresse à l'utilisation de l'humour en pédiatrie. Les deux auteurs indiquent que l'humour constitue un mécanisme d'adaptation important au stress, mais qu'il n'est pas approprié en situation de crise ou sans avoir une bonne connaissance du patient. L'étude de Sullivan et al. (2003) révèle que l'humour est la stratégie d'adaptation la plus utilisée sur le site de clavardage créé pour permettre aux femmes atteintes d'une

problématique de santé chronique en milieu rural de communiquer ensemble. Cette composante de l'étude qualitative de Sullivan (2003) a inclus 60 participantes.

De plus, la recension des écrits effectués par Swanson (1999), portant sur « ce qui est connu du *caring* en sciences infirmières » (traduction libre), identifie le fait de rire ou de pleurer comme étant une action qui permet « d'être avec » l'autre. Cependant, en raison des éléments contextuels associés à l'utilisation de l'humour et au rire, le fait qu'il puisse, dans certaines circonstances, être approprié et que dans d'autres circonstances, il ne le soit pas, les juges experts ont évalué que l'indicateur n'était pas pertinent. Lors de l'élaboration de la grille préliminaire, l'indicateur « rire / blague » a été identifié dans l'étude effectuée par Kruijver, Kerkstra, Bensing et Van de Wiel (2001) qui utilisait une adaptation du « Rotter Interaction Analysis System ». La définition de l'indicateur « rire / blague » n'est pas fournie. Toutefois, dans l'étude de Kruijver et al. (2001), l'indicateur est si peu présent que l'absence de variabilité fait en sorte que les résultats de l'accord inter-juges pour cet indicateur ne sont pas rapportés. Puisque, selon Swanson, le rire permet à l'infirmière d'être en relation avec le patient, que l'étude de Sullivan (2003) indique que l'humour était la stratégie d'adaptation la plus utilisée par les femmes atteintes de maladies chroniques, que l'humour serait une intervention infirmière qui permettrait de diminuer le stress chez des enfants et des personnes âgées (Dowling, 2002 ; Hulse 1994), que l'indicateur rire / blague est un indicateur utilisé dans le « Rotter Interaction Analysis System », la grille d'observation des interactions patient / infirmière devrait inclure des indicateurs portant sur l'utilisation de l'humour par l'infirmière. Pour tenir compte du caractère approprié ou inapproprié de l'humour utilisé, il serait intéressant lors d'études ultérieures, d'évaluer l'utilité des quatre indicateurs suivants : « rire avec le patient », « rire du patient », « utilisation appropriée de l'humour » et « utilisation inappropriée de l'humour » qui

permettraient de distinguer si l'infirmière ri avec le patient ou du patient. Ces indicateurs ont l'inconvénient de nécessiter un jugement de la part de l'observateur. Toutefois, à la suite du visionnement des enregistrements audio-visuels, il apparaît que l'humour approprié ou inapproprié se distingue aisément.

L'indicateur « pointer la personne avec son doigt » est associé par quatre juges à l'aspect humain du soin. Cependant, il n'a pas été évalué comme étant pertinent puisque un tel comportement ne reflète pas l'action de prendre soin. Toutefois, ce comportement se retrouve sur les enregistrements audio-visuels. Ainsi une grille d'observation des interactions patient / infirmière devrait également considérer les indicateurs qui démontrent des aspects moins souhaitables de l'interaction patient / infirmière puisque ces aspects se retrouvent également dans l'interaction patient / infirmière (Halldorsdottir & Hamrin, 1997; Hewison, 1995; Nyström, Dahlberg, & Carlsson, 2003). Cependant, à notre connaissance, les comportements qui démontrent des aspects moins souhaitables de l'interaction patient / infirmière n'ont jamais été étudiés à l'aide d'une grille d'observation dans une étude quantitative. Leurs présences et leurs effets sur les patients ont été documentés dans des études qualitatives qui ont permis de documenter et d'explorer cette réalité mais il serait important de documenter les effets des aspects moins souhaitables de l'interaction patient / infirmière.

L'indicateur « effectue de l'enseignement » a été éliminé puisque l'enseignement au patient est une activité que l'infirmière planifie, conceptualise et exécute sans indiquer au patient ou à un observateur externe qu'elle « effectue de l'enseignement ». Ce qu'un observateur externe peut observer lorsque l'infirmière « effectue de l'enseignement », ce sont les moyens qu'elle utilise, ce qui est capté à l'aide des différents indicateurs de la grille. Par exemple, lorsqu'une infirmière fait de l'enseignement auprès

d'un patient, c'est qu'elle « explore avec le patient les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins », elle « répond à une question / interrogation exprimée par le patient » et elle « souligne les efforts et les forces du patient ».

L'indicateur « donne des conseils » a été éliminé puisqu'il s'avérerait difficile de le distinguer de l'indicateur « donne de l'information sans que le patient lui ait posé une question ».

Éléments de discussions sur la troisième question de recherche

Quinze indicateurs sur 38 ont obtenu un bon accord inter-juges : deux sont associés à la dimension aspect humain du soin, huit sont associés à la dimension relation thérapeutique et cinq sont associés à la dimension activités cliniques. Quatorze de ces quinze indicateurs sont des indicateurs de contenu et un seul, « invite à poursuivre la conversation », est un indicateur relationnel. Il est donc plus facile pour les juges d'évaluer des indicateurs de contenu que des indicateurs relationnels.

Il est également important de constater que 33 indicateurs sur 38 ont obtenu un accord simple de 0.75 ou plus. Pour 19 indicateurs ayant un accord simple de 0.75 ou plus la valeur de Kappa est faible ou négative. Pour certains de ces indicateurs, la faiblesse du Kappa, s'explique en partie, par la faible variation observée (l'indicateur est toujours présent ou absent). Ainsi, lorsque l'indicateur est toujours présent, cela augmente la probabilité d'accord dû au hasard, ce qui diminue la valeur de la statistique Kappa. La forte proportion d'indicateurs ayant eu un accord simple élevé, montre le potentiel qu'offre la grille d'observation et la nécessité de faire d'autres études, à l'aide de situations cliniques diversifiées, pour évaluer la fidélité de ces indicateurs lorsqu'ils ont une meilleure variation.

L'absence de variation de trois indicateurs relationnels, « se place face au patient », « regarde le patient » et « fronce les sourcils », s'explique par le contexte dans lequel les interactions se sont déroulées. Ainsi, les chaises où l'infirmière et la personne jouant le rôle de patient étaient placées une en face de l'autre. Ce qui fait que pour l'ensemble des interactions, l'indicateur « se place face au patient » était présent. Puisque les observations sont effectuées sur une période de une minute, il y avait durant chaque minute un moment où l'infirmière regardait le patient puisque les chaises étaient placées une en face de l'autre. Donc, pour l'ensemble des interactions, cet indicateur était présent. De plus, la prise de vue de la caméra audio-visuel ne permettait pas de distinguer un froncement des sourcils adéquatement, donc l'indicateur n'a jamais pu être observé par les deux juges.

L'utilisation de mots pour définir un indicateur relationnel occasionne un biais car chaque personne effectue une interprétation de ce qu'est un sourire, ou un hochement de tête. Par exemple, l'indicateur « sourit » est défini comme étant « l'infirmière effectue un sourire ». L'utilisation d'exemples visuels est susceptible d'augmenter la validité des indicateurs relationnels car ils diminueraient l'interprétation individuelle que chacun des juges peut effectuer.

Un autre aspect ayant influencé l'accord inter-juges est la formation minimale de 15 minutes qui était donnée aux juges avant de débiter la codification. Les juges devaient simplement lire les définitions, et le déroulement de la codification était expliqué. En ayant un enregistrement audio-visuel de quelques minutes déjà codifié qui servirait de standard et avec lequel les juges pourraient comparer leur codification et se standardiser avant de débiter la codification, cela augmenterait potentiellement la fidélité des indicateurs de la grille d'observation.

De plus, à la suite de la codification ainsi qu'à partir des résultats obtenus sur l'accord inter-juges, il est possible de suggérer quelques modifications susceptibles d'augmenter leur fidélité. Deux indicateurs, « explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins » et « explore avec le patient les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins », sont difficiles à distinguer lorsque l'on observe une situation clinique puisque les alternatives sont souvent liées à des habiletés. Il serait souhaitable de fusionner ces deux indicateurs pour en faire un seul. La formulation suggérée serait : « explore avec le patient les alternatives possibles ainsi que les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins ». Les indicateurs « explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement ou d'une intervention » et « explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention » devraient également inclure l'effet d'un comportement puisque les infirmières informent souvent les personnes des effets de différents comportements sur leur santé. Ces deux indicateurs deviendraient : « explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement, d'un comportement ou d'une intervention » et « explique les effets secondaires possibles d'un traitement, d'un comportement ou d'une intervention ».

La grille d'observation des interactions patient/ infirmière doit être validée sur des situations comportant davantage de variabilité afin de déterminer si l'on peut observer la présence et l'absence des indicateurs ayant eu une faible variation en raison du contexte dans lequel les entrevues se sont déroulées. Des exemples visuels devraient être utilisés pour définir les indicateurs relationnels et un enregistrement audio-visuel permettant de standardiser la codification des juges pour l'ensemble de la grille devrait être utilisée pour initier les juges à l'utilisation de la grille.

Limites de l'étude

L'étude présentée possède trois limites qui portent sur la validation de contenu et l'analyse de la fidélité des indicateurs.

La première limite de l'étude concerne le processus de validation de contenu dans lequel les juges experts n'ont pas été consultés sur les indicateurs qui ont été modifiés ou ajoutés suite à leurs commentaires. Suite à la validation de contenu, 27 indicateurs ont été modifiés et 4 ont été ajoutés sur un total de 48 indicateurs. Les modifications et les ajouts d'indicateurs effectués, provenaient de suggestions faites par les juges experts. Toutefois, les indicateurs modifiés et les indicateurs ajoutés n'ont pas subi une deuxième étape de validation de contenu.

La deuxième limite de l'étude concerne les 19 indicateurs ayant eu des Kappa faibles ou négatifs, des accords simples de plus de 0.75 et une variation faible. Pour ses 19 indicateurs, on ne peut pas déterminer s'ils sont fiables. Une des explications possibles est que les situations utilisées pour évaluer la fidélité ne permettaient pas à ces indicateurs d'avoir une variation assez grande. L'autre explication est que ses indicateurs n'ont pas une sensibilité assez grande, c'est-à-dire que les juges ne sont pas capables de mesurer la présence ou l'absence de l'indicateur puisque l'indicateur ne permet pas de mesurer ce changement dans une interaction patient / infirmière. Cependant, ces indicateurs sont issus des écrits et plusieurs d'entre eux ont déjà été utilisé dans d'autres instruments de mesure servant à mesurer les interactions patient / professionnel. Ainsi, il s'avère important d'effectuer d'autres études afin d'évaluer la fidélité des indicateurs dans des situations cliniques variées.

La troisième limite de l'étude est l'utilisation de jeux de rôles d'interactions patient / infirmière pour évaluer la fidélité des indicateurs. Puisqu'un jeu de rôles ne constitue pas une situation réelle d'interactions patient / infirmière, les indicateurs de la grille d'observation devront faire l'objet d'analyse de fidélité sur des situations réelles d'interactions patient / infirmière. Ainsi, la présente étude indique que 15 indicateurs sur 38 ont pu être évalués de façon fiable lors de jeux de rôle d'interactions patient / infirmière. Cependant, on ne sait pas si dans des situations réelles d'interactions patient / infirmière ces 15 indicateurs seraient évalués comme étant fidèle.

Recommandations

Avant d'aborder des recommandations spécifiques à la recherche, à la pratique et à la formation, il s'avère important de souligner que les indicateurs retenus pour la troisième question de recherche doivent faire l'objet de d'autres analyses de fidélité et ce, dans des situations cliniques réelles et variées. Toutefois, l'approche originale qui a été développée dans cette étude, pour saisir la globalité de l'interaction patient / infirmière est prometteuse. Dans des situations simulées d'interactions patient / infirmière, il ressort que 15 indicateurs sur 38 ont eu un bon accord inter juges (Kappa) et 33 indicateurs sur 38 ont eu un accord simple de 0.75 et plus. Des études ultérieures qui utilisent les indicateurs retenus à la troisième question de recherche sont nécessaires et contribueront au développement des connaissances sur les interactions patient / infirmière.

Recommandations pour la recherche

Dans un processus ultérieur de validation, cinq indicateurs devraient être ajoutés à la grille et trois indicateurs devraient être modifiés. Les quatre indicateurs qu'il est recommandé d'ajouter sont : « rire avec le patient », « rire du patient », « utilisation

appropriée de l'humour », « utilisation inappropriée de l'humour » et « pointer la personne avec son doigt ». Les trois indicateurs qui devraient être modifiés sont : « explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins », « explore avec le patient les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins », « explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement ou d'une intervention » et « explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention ». Ces indicateurs deviendraient: « explore avec le patient les alternatives possibles ainsi que les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins », « explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement, d'un comportement ou d'une intervention » et « explique les effets secondaires possibles d'un traitement, d'un comportement ou d'une intervention ».

Il est possible que certains indicateurs tels que « hausser le ton » et « rire du patient » se produisent très rarement et que, par conséquent, ils aient une variabilité très faible même en utilisant des situations plus variées, ce qui occasionnerait des valeurs de Kappa faible pour ces indicateurs. Bien que le Kappa soit une excellente mesure pour évaluer l'accord inter-juges, dans les cas où la variabilité est très faible, elle n'est plus une mesure fiable. Les deux grilles d'observation existantes pour évaluer certaines composantes de l'interaction patient / infirmière utilisent le pourcentage d'accord comme mesure de la fidélité des indicateurs (Forrest, 1983; McDaniel, 1990). Pour des indicateurs ayant une faible variation, il s'agit d'un moyen d'en estimer la fidélité. On pourrait décider de ne pas inclure des indicateurs qui se produisent rarement, mais il s'avère important de documenter ce type d'indicateur dans le but de déterminer les conséquences qu'un tel indicateur peut avoir.

Il serait également possible d'associer à certains indicateurs de la grille les différents besoins auquel l'infirmière répond. Par exemple l'indicateur « répond au besoin exprimé »

pourrait porter sur l'alimentation, l'hydratation, la sexualité, le confort, l'activité et les traitements en cours. Ainsi certains éléments de contenu de la grille pourraient être associés aux différents besoins identifiés par Watson (1979, 1999).

Recommandations pour la pratique

Nous avons suggéré, dans cette étude, la présence de trois dimensions lors d'interactions patient / infirmière : l'aspect humain du soin, la relation thérapeutique et les activités cliniques. Il est important que l'infirmière intègre ces trois dimensions dans sa pratique clinique, c'est-à-dire que l'expertise clinique nécessite des connaissances et un savoir faire dans ces trois dimensions. D'une part, la compétence lors des activités cliniques est essentielle au maintien de la sécurité et de la vie du patient. Ainsi ce que les patients considèrent comme étant le plus important est « que l'infirmière sait ce qu'elle fait » et que « l'infirmière sait comment donner des injections et s'occuper de l'équipement spécialisé » (Swanson:1999). D'autre part, la relation thérapeutique et l'aspect humain du soin sont essentiels pour créer un climat de confiance permettant de donner un soin complet. Par exemple, sans compétences cliniques l'infirmière ne pourra pas établir de relation thérapeutique avec son patient et l'aspect humain qu'elle possède sera inutile en raison de son incapacité à donner au patient les soins dont il a besoin. D'autre part, le manque d'habiletés au niveau de la relation thérapeutique rendra très difficile l'utilisation de compétences cliniques et l'aspect humain du soin ne pourra pas être présent. Sans aspect humain ou sans volonté d'aider l'autre, l'infirmière trouvera difficilement la motivation requise pour être infirmière et offrir des soins infirmiers de qualité.

Recommandations pour la formation

Pour la formation, il faut s'assurer de développer harmonieusement les compétences des étudiantes au niveau de l'aspect humain du soin, de la relation thérapeutique et des activités cliniques. Le développement ainsi que l'évaluation de ces compétences peuvent se faire en utilisant des jeux de rôles dans lesquels l'étudiante est filmée et où elle s'évalue en utilisant la grille d'observation des interactions patient / infirmière. La grille d'observation des interactions patient / infirmière est un outil qui pourrait être utilisée dans la formation afin d'aider l'étudiante à comprendre ce que c'est de prendre soin d'une personne et les différentes dimensions que cela comporte.

Conclusion

Le but de la présente étude était d'élaborer et de valider une grille d'observation des interactions patient / infirmière. L'utilisation d'un cadre de référence combinant la théorie du *Human Caring* de Watson (1979) et la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick, Helmick Beavin et Jackson (1967), la validation de contenu effectuée par cinq experts et la mise à l'épreuve de la grille à l'aide de jeux de rôle d'interactions patient / infirmière ont permis d'élaborer une grille d'observation comportant 43 indicateurs. L'évaluation de la fidélité de 38 de ces 43 indicateurs à l'aide de l'accord inter-juges a permis de déterminer que 15 de ces 43 indicateurs sont fiables. En outre, la grille montre l'importance et l'interrelation qui existe entre les trois dimensions : « aspect humain du soin » « relation thérapeutique » et « activités cliniques ».

Dans cette première démarche de validation, la grille d'observation a démontré des propriétés psychométriques intéressantes. Cette grille offre des possibilités prometteuses pour mesurer l'interaction patient / infirmière, pour la recherche clinique et l'enseignement en soins infirmiers. De plus, la grille aurait avantage à être utilisée dans des situations cliniques réelles et variées. L'utilisation de définitions plus précises pour certains des indicateurs ainsi qu'une formation pratique plus élaborée des juges experts sont des moyens susceptibles d'améliorer l'accord inter-juges de certains indicateurs.

Une importance devrait être accordée dans la formation pour développer des compétences dans ces trois dimensions afin que le soin effectué dans les milieux de pratique reflète ces trois dimensions.

Références

- Aiken, L. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1617-1623.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R., & Winograd, C. (2002). Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes. *Psychology and aging*, 17(3), 443-452.
- Ambady, N., & Rosenthal, R. (1992). Thin slices of behavior as predictors of interpersonal consequences: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2, 256-274.
- Andersen, B., Mertz, H., & Leonard, R. (1965). Two experimental tests of a patient centered admission process. *Nursing Research*, 14, 151-156.
- Andersen, C., & Adamsen, L. (2001). Continuous video recording: a new research tool for studying the nursing care of cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 257-267.
- Beutler, L., Machado, P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 ed., pp. 229-269). New-York: John Wiley & Sons.
- Botdorf, J. L., & Morse, J. M. (1994). Identifying types of attending: Patterns of Nurse' Work. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(1), 53-60.
- Caris-Verhallen, W., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 808-818.
- Caris-Verhallen, W., Kerkstra, A., Van der Heijden, P., & Bensing, J. M. (1998). Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 95-108.
- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique* (Vol. 1). Boucherville: Gaëtan Morin.

Cossette, S. (2000). *Factors associated with changes In psychological distress in Patients participating in a nursing intervention program after a myocardial infarction*. Thèse de doctorat inédite, McGill University, Montreal.

Cossette, S. (2002). Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 479-494.

Cronin, S. N., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 17, 374-380.

Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In C. Dallaire (Ed.), *Soins infirmiers et société* (2 ed., pp. 33-55). Boucherville: Gaëtan Morin.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Edzard, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357, 757-762.

Dowling, J. (2002). Humor: A coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 125-131.

Egan, E., Synder, M., & Burns, K. (1992). Intervention Studies in Nursing is the Effect Due to the Independant Variable? *Nursing Outlook*, 40(4), 187-190.

Feldmans, R. S., & Rimé, B. (Eds.). (1991). *Fundamentals of Nonverbal behavior*. Cambridge: Cabridge University Press.

Forrest. (1983). Analysis of Nurses' Verbal communication with Patients. *Nursing Papers*, 15(3), 48-56.

Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1085-1093.

Gardner, K. G., & Wheeler, E. (1987). Patient's perception of support. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 115-131.

Hall, J., Roter, D., & Katz, N. (1988). Meta-analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters. *Medical Care*, 26, 657-675.

Hall, J., Stein, T., Roter, D., & Rieser, N. (1999). Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Medical Care*, 37, 1164-1168.

Halldorsdottir, S., & Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120-128.

Hewison, A. (1995). Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 75-82.

Hollinger, L. M. (1986). Communicating with the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 12(3), 8-13.

Hulse, j. (1994). Humor: A nursing intervention for the elderly. *Geriatric Nursing*, 15(March/April), 88-90.

Kaplan, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1988). Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care*, 27(3, supplement.), S110-S127.

Krouse, H., & Roberts, S. (1989). Nurse-Patient Interactive styles Power, Control and Satisfaction. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 717-725.

Kruijver, I. P. M., Kerkstra, A., Bensing, J. M., & Van de Wiel, H. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 772-779.

Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.

Larson, P. J. (1986). Cancer nurses' perception of caring. *Cancer Nursing*, 9(2), 86-91.

Larson, P. J. (1987). Comparison of cancer patients and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 12(2), 187-193.

Latham, C. P. (1996). Predictors of Patients Outcomes Following Interactions With Nurses'. *Western Journal of Nursing Research*, 18, 548-564.

Lawson, M. T. (1995). *Provider communication styles in the context of established provider-patient relationships: patients perceived autonomy and support and satisfaction with the relationship*. University of Rochester, Rochester.

Lawson, M. T. (2002). Nurse practitioner and physician communication styles. *Applied Nursing Research*, 15(2), 60-66.

Lewis, M., DeVellis, B., & Sleath, B. (2002). Social Influence and Interpersonal Communication. In F. Lewis (Ed.), *Health Behavior and health Education Theory, Research and Practice* (3 ed., pp. 245-264). San-Francisco: Jossey-Bass.

Littlejohn, S. W. (1992). *Theories of human communication* (4 ed.). California: Wadsworth.

Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.

McDaniel, A. (1990). The caring process in nursing: Two instruments for measuring caring behaviors. In C. Waltz (Ed.), *Measurements of Nursing Outcomes* (pp. 17-27). New-York: Springer.

Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.

Morse, J. M., Solberg, S., Neander, W. L., Bottorf, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of Caring and Caring as a Concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14.

MSSS. (2001). *Rapport du forum national sur la planification de la main d'oeuvre*. Québec.

Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organisation. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 761-769.

Orlando, I. J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship Function, Process and Principles*. New-York: G.P. PUTMAN'S SONS.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New-York: Putnam's Sons.

Pride, F. (1968). An adrenal stress index as a criterion measure for nursing. *Nursing Research*, 17, 292-303.

Pringle, D., & Doran, D. (2003). Patient Outcomes as an Occountability. In D. Doran (Ed.), *Nursing-Sensitive Outcomes Stute of the Science*. Philadelphia: Jones and Bartlett Publishers.

Ramos, M. C. (1992). The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-506.

Robinson Wolf, Z., Riviello Giardino, E., Osborne, P., & Stahley Ambrose, M. (1994). Dimensions of Nurse Caring. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-111.

Rosenberg, E., & Ekman, P. (1997). Coherence between expressive and experiential systems in emotion. In P. Ekman (Ed.), *What the face reveals, basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system* (pp. 63-83). New-York: Oxford University Press.

Roter, D., & Hall, J. (1992). *Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors Improving communication in medical visits*. United States: Auburn House.

Silva, S. (1979). Effects of orientation information on spouses' anxieties and attitudes toward hospitalization and surgery. *Research in Nursing & Health*, 2, 127-136.

Street, R. L. (1990). The communicative function of paralanguage and prosody. In W. P. Robinson (Ed.), *Handbook of Language and social Psychology* (pp. 121-140). New-York: John Wiley & Sons.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health Measurement Scales A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.

Sullivan, T., Weinert, C., & Cudney, S. (2003). Management of chronic illness: voices of rural women. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 566-574.

Swanson. (1999). What is known about caring in nursing science A literary Meta-Analysis. In J. L. Shaver (Ed.), *Handbook of Clinical Nursing Research* (Vol. 1, pp. 31-60). Thousand Oaks: Sage.

Thibaudeau, M.-F., & Reidy, M. (1977). Nursing makes a difference: A comparative study of the health behavior of mothers in three primary care agencies. *International Journal of Nursing Studies*, 14, 97-107.

Topf, M. (1988). Verbal Interpersonal Responsiveness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26(7), 9-16.

Valcourt, C. (2000). *Satisfaction de femmes âgées atteintes d'un cancer quant aux soins infirmiers palliatifs recus à domicile*. Université de Montréal, Montréal.

Von Essen, I., & Sjöden, P.-O. (1995). Perceived occurrence and importance of caring behaviours among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 266-276.

Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1 ed.). Boston: Little, Brown and Company.

Watson, J. (1999). *Nursing Human Science and Human Care A Theory of Nursing* (2 ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. New-York: Springer.

Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. London: Faber & Faber.

Wolf, Z. (1986). The caring concept & nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 84-93.

Wolf, Z. R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Stahley Ambros, M., & Giardino, E. R. (1998). Relationship Between Nurse Caring and Patient Satisfaction. *MEDSURG Nursing*, 7(2), 99-105.

Wolfer, J., & Visintainer, M. (1975). Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustment. *Nursing Research*, 24, 244-255.

Appendice A – Définition des dix facteurs caractéristiques de Watson

Définitions des dix facteurs caratifs de Watson

Les définitions présentées sont issues intégralement de la traduction faite par Valcourt (2000) dans son mémoire de maîtrise des facteurs caratifs énoncés par Watson (1979;1999)

1) Le développement d'un système de valeurs humaniste et altruiste

Ce premier facteur intrinsèque au modèle de Watson exprime la philosophie d'un engagement envers l'autre, de la satisfaction de recevoir en donnant. Ce système de valeurs de la personne se développe tout au long de sa vie et découle de ses expériences, de ses relations avec les autres. Il implique la capacité de la personne de voir les êtres humains avec amour et d'apprécier la diversité et l'individualité. Le *caring* est basé sur ce système de valeurs humanistes et altruistes, qui vise le développement d'une relation interpersonnelle thérapeutique. Watson propose que les meilleurs soins professionnels sont prodigués quand l'infirmière souscrit à un tel système de valeurs, car elle découvre ainsi ce qui est important et significatif pour la personne

2) Faire naître chez la personne la foi et l'espoir

Ce second facteur promulgue l'importance du rôle de l'infirmière dans le maintien et la promotion de la croyance et de l'espoir chez la personne envers ses traitements et envers sa propre compétence. Ces sentiments sont des forces intérieures dynamiques apaisantes qui amènent la personne à croître, à s'harmoniser et qui produisent des effets thérapeutiques en produisant de l'énergie.

3) Cultiver une sensibilité envers soi et les autres

Ce facteur se centre sur le besoin de reconnaître ses propres sentiments, afin de pouvoir éprouver de l'empathie, de la compassion pour les autres. Dans le contexte du *caring*, l'infirmière doit faciliter chez la personne une prise de conscience de soi et des autres, afin de promouvoir la compréhension mutuelle. Chez l'infirmière cette reconnaissance de ses sentiments mène à une croissance personnelle et facilite son engagement à prodiguer des soins holistiques.

4) Le développement d'une relation d'aide et de confiance

Ce quatrième facteur souligne l'importance pour l'infirmière de développer une relation interpersonnelle de confiance avec la personne soignée. Pour ce faire, l'infirmière doit voir

la personne comme un être distinct de pensées et de sentiments. La chaleur humaine dépourvue de sentiments possessifs, l'empathie et la congruence dans les comportements sont des éléments essentiels de cette relation thérapeutique de confiance, et sont des gages d'excellence de qualité des soins.

5) Le fait de favoriser l'expression de sentiments positifs et négatifs.

Dans une relation interpersonnelle, ce facteur souligne l'importance pour l'infirmière de faciliter l'expression des sentiments de la personne, afin de permettre sa croissance et son harmonie. Cette expression peut être verbale ou non-verbale. L'infirmière doit alors recevoir ces sentiments sans les juger et les accepter, qu'ils soient positifs ou négatifs.

6) L'utilisation systématique d'un processus de *caring* créatif de résolution des problèmes.

Ce facteur s'applique à démontrer qu'à travers la démarche de soins qu'elle adopte pour résoudre des problèmes, l'infirmière utilise tout son être et toute sa créativité. Ici la résolution de problème est aussi importante que l'approche humaniste. Dans le contexte du *caring*, la créativité dans la résolution de problèmes est nécessaire pour identifier les besoins de santé de la personne, planifier les soins, les prodiguer et les évaluer. Ceci requiert de l'infirmière qu'elle fasse appel à tous les domaines des connaissances, soient empiriques, esthétiques, intuitifs, affectifs et éthiques.

7) L'enseignement et l'apprentissage transpersonnel

Watson maintient ici que donner de l'enseignement à la personne malade et à sa famille est une fonction essentielle à l'infirmière qui souscrit au *caring*. L'apprentissage que la personne acquiert lui permet un meilleur contrôle sur elle-même, une meilleure réaction face au stress, en augmentant sa capacité à prédire ce qui peut lui arriver. Pour atteindre cet objectif, l'infirmière doit bien saisir le vécu de la personne, connaître ses habiletés et percevoir dans la relation transpersonnelle, le meilleur moment pour combler les besoins d'apprentissage.

8) Offrir un milieu de soutien, de protection et ou de modification de l'état mental, physique, socio-culturel et spirituel

Ce facteur stipule que la personne malade vit un certain déséquilibre concernant son environnement interne et externe. Les mécanismes régulateurs biologiques, physiologiques, psychologiques, sociaux et spirituels sont ainsi altérés et affaiblis.

Certains éléments de l'environnement externe comme la sécurité, le confort et l'intimité peuvent aussi être visés. Le rôle de l'infirmière ici est d'assurer un environnement interne et externe qui soit propice à l'harmonisation de la personne, favorisant ainsi un état de bien-être mental, physique, socioculturel et spirituel. Cela peut comporter des modifications de perceptions de la part de la personne, comme des soins visant l'aménagement optimal externe de la personne.

9) L'assistance en regard des besoins de la personne

L'approche holistique que prône Watson se manifeste ici dans la considération par l'infirmière de tous les besoins de la personne. Par ordre hiérarchique d'importance, Watson les décrit ainsi : ventilation, nutrition, liquide, élimination, activité, sexualité, accomplissement, affiliation et actualisation de soi. Dans le *caring*, l'infirmière perçoit la personne comme un être global et elle lui prodigue de l'assistance en considérant tous ses besoins.

10) La reconnaissance de la présence de forces existentielle-phénoménologiques et spirituelles de la personne.

Chaque personne a une vision du monde, une philosophie de vie, des aspirations et des expériences de vie qui lui sont propres. L'infirmière, dans ce facteur, reconnaît que la personne puise dans ces forces lorsque confronté à un conflit ou un déséquilibre interne ou externe de son être. Cette reconnaissance suppose aussi une recherche constante de l'infirmière afin d'identifier des forces intrinsèques de la personne, afin d'une part de mieux la comprendre, d'entrer dans une relation transpersonnelle avec elle, mais aussi dans le but de canaliser ses forces pour l'obtention d'un nouvel équilibre et harmonie de son « être dans le monde ».

Appendice B - Tableaux

Tableau B 1 : Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateurs et définition	Liens ou effets sur les patients
Ambady, Koo, Rosenthal & Winograd (2002)	1) Froncement des sourcils	1) Amélioration dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ($r=0,59$ $p<0,001$)
Devis corrélationnel	2) Hochement affirmatif de la tête	2) Amélioration AVQ ($r=0,36$ $p<0,01$)
N=48	3) Sourire	3) Amélioration AVQ ($r=0,26$ $p<0,05$) Amélioration mobilité ($r=0,26$ $p<0,05$)
Comportement non verbal		
Andersen & Adamsen (2001)	<u>Contenu</u> Communication somatique Communication technique Communication sociale Communication psychologique Communication existentielle Small talk	Non examiné
Devis descriptif		
N=3 patients (117 heures d'interactions filmées).		
Contenu		
Comportement non verbal	<u>Comportement non verbal</u> Observation	
Bottomf & Morse, 1994	Réconfort : La main de l'infirmière est soit immobile ou elle exerce un mouvement de frottement délicat sur la main, l'avant bras ou la cuisse du patient. Connexion : La main, la paume ou les doigts de l'infirmière sont soit immobile ou ils exercent de petites tapes délicates sur le bras ou le genou du patient. Travail : Contacts qui sont nécessaires pour aider le patient dans la réalisation de ses activités de la vie quotidiennes ou pour accomplir les soins techniques requis par l'état du patient. Il implique un contact entre les mains de l'infirmière ou différentes parties de son corps et le corps du patient. Orientation : Contact de frottement ou de tapes légères entre les doigts de l'infirmière et une partie du corps du patient. Social : Tapes légères sur le dos ou le bras du patient.	Non examiné
Analyse éthologique		
N=8 patients 32 infirmières (72 heures d'interactions par patient)		
Comportement non verbal		
Identification et définition de cinq types de toucher :		

* les résultats numérotés dans la colonne de droite sont ceux liés à l'indicateur numéroté de même chiffre dans la colonne du centre

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateurs et définition		Liens ou effets sur les patients	
	Non verbal			
Cossette (2000) Analyse secondaire d'un essai clinique randomisé N= 147 diades (au départ 1376 patients)	1) Écouter lorsque l'inquiétude concerne une maladie ou un symptôme autre que cardiaque		Résultats positifs = amélioration de 50% de la détresse psychologique sur le General Health Questionnaire (GHQ) ou un retour à la normale sur le GHQ	
	2) Écouter lorsque l'inquiétude concerne le rétablissement		Résultats négatifs = Pas d'amélioration de 50% au GHQ ou pas de retour à la normale au GHQ.	
	Contenu			
	3) Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur la pression artérielle		1) Résultat positif (p = 0,043)	
	4) Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur le poids		2) Résultat négatif (p = 0,013)	
	5) Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur la cigarette		3) Résultat positif (p = 0,094)	
	6) Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur comportements de type « A »		4) Résultat positif (p = 0,016)	
	7) L'intervention éducative concernant les symptômes physiques cardiaques		5) Résultat positif (p = 0,013)	
	8) L'intervention éducative concernant les problèmes avec le conjoint ou la conjointe		6) Résultat positif (p = 0,004)	
	9) Donner des conseils lorsque l'inquiétude concerne le rétablissement		7) Résultat positif (p = 0,008)	
	10) Donner des conseils lorsque les symptômes concernent l'anxiété et la dépression		8) Résultat positif (p = 0,018)	
	11) Donner des conseils sur les angoisses		9) Résultat négatif (p = 0,013)	
	12) L'intervention cognitive en réponse à un symptôme cognitif		10) Résultat négatif (p = 0,006)	
			11) Résultat négatif (p = 0,005)	
			12) Résultat négatif (p = 0,01)	

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateur et définition		Liens ou effets sur les patients
	Contenu		
Carris-Verhallen, Kerkstra & Bensing (1999)	Communication sociale		Accord inter juge variant entre 0,79 et 1 pour les indicateurs de contenu.
	Conversation personnelle/sociale		
Devis descriptif corrélationnel N= 109 patients (165 interactions filmés)	Communication affective		
	Compliments approbation		
	Montrer de l'intérêt et de l'inquiétude		
	Rassurer/Encourager/Optimisme		
	Empathie/ Légitimation		
	Démontre un partenariat et du soutien		
	Démontre un accord, une compréhension		
	Paraphraser/ Interpréter		
	Demande à être rassuré		
	Désaccord/Malentendu/ Critique		
	Communication structurante		
	Orientations/Instructions		
	Demande de clarification		
	Demande de compréhension		
	Demande une opinion		
	Question fermée sur les soins où les items thérapeutique		
	Communication sur les soins infirmiers et médicaux		
	Question ouverte sur les soins où les items thérapeutique		
	Communication sur le mode de vie et les émotions		
	Question fermée sur le mode de vie et les sentiments		
	Question ouverte sur le mode de vie et les sentiments		
	Information sur le mode de vie et les sentiments		
	Conseil sur les soins et les comportements		
	Conseil sur le mode de vie et les sentiments.		
	Rire/Blagues (comportement verbal)		
	Comportement non verbal		
	Regarder dans les yeux, sourire, se pencher vers l'avant, toucher affectif, toucher instrumental		

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateurs et définition	Liens ou effets sur la santé des patients
Di Blasi et al (2001)	Intervention cognitive et émotive combinée (4 études) Intervention cognitive seule (19 études)	1) 4 études ont des résultats positifs 2) 10 études ont des résultats positifs, 9 études n'ont pas obtenu d'effet
Méta analyse		
N=25 essais cliniques randomisés (3611 patients au total)		
Contenu		Pas de lien observé
Forrest (1983)	1) Formule générale pour débiter 2) Mots d'encouragement à poursuivre 3) Reflet 4) Partage d'observation 5) Reconnaître les sentiments du patient 6) Reconnaître la présence du patient 7) Donner de l'information 8) Ve baliser des pensées implicites 9) Clarifier 10) Clichés rassurant qui montrent un désintéret de l'infirmière 11) Imposer son opinion 12) Approuver, être d'accord en ne laissant pas de place au pt pour exprimer sa perception 13) Émettre un jugement négatif sur le comportement du patient 14) Minimiser ce que vit le patient 15) Défendre la réputation de l'Institution, donner des excuses 16) Changer le sujet 17) Poser des questions fermées	
Devis descriptif		
N=31 interactions		
Contenu		

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateurs et définition	Liens ou effets sur la santé des patients
Hall, Roer & Katz (1988)	1) Donner de l'information et satisfaction du patient 2) Donner de l'information et rappel de l'information	1) N=12 (r = 0,25 p < 0,001) 2) N=8 (r = 0,31 p < 0,001)
Méta analyse : corrélations entre des indicateurs	3) Questions posées par médecin et adhérence au traitement 4) Compétence interpersonnelle et satisfaction du patient 5) Compétence technique et satisfaction du patient	3) N=2 (r = -0,24 p < 0,001) 4) N=4 (r = 0,33 p < 0,001) 5) N=5 (r = 0,17 p < 0,001)
N=41 études examinées		
Contenu		
Hewison	Verbal Crier Utiliser un ton ferme	
Étude qualitative		
Observation participative	Contenu	
37 heures	Faire des reproches au patient	
N = une unité de soins de longue durée.	Imposer des activités au patient	
Verbal		
Contenu		
Hollinger (1986)	1) Toucher affectif dans les 5 premières minutes d'une interaction de 15 minutes 2) Toucher affectif entre les minutes 5 et 10 3) Toucher affectif entre les minutes 5 et 10	1) Augmentation des réponses verbales dans les 10 dernières minutes (p < 0,01) 2) Augmentation des réponses verbales dans les cinq dernières minutes (p < 0,05) 3) Pas d'augmentation des réponses verbales (p > 0,05)
Devis quasi expérimental		
N=12		
Comportement non verbal		

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens sur la santé des patients

Étude	Indicateurs et définition	Liens ou effets sur les patients
Lawson (1995) Devis descriptif corrélationnel N=124 Contenu	<p>1) Le professionnel promouvoit l'opportunité pour le patient d'exprimer ses idées et ses inquiétudes</p> <p>2) Le professionnel limite les opportunités du patient à participer dans les prises de décisions qui le concerne</p> <p>3) Le professionnel redirige la conversation de l'agenda du patient à son propre agenda.</p> <p>4) Le professionnel promouvoit l'opportunité pour que l'affect du patient soit exprimé et reconnu</p> <p>5) Le professionnel encourage la pose de questions de la part du patient ainsi que l'activité verbale du patient.</p> <p>6) Le professionnel critique la performance du patient au de reconnaître le patient ou sa performance</p> <p>7) Utilise des mots ou des phrases qui dénotent du soutien</p> <p>8) Utilise des techniques d'entrevues qui ne favorisent pas la participation du patient</p> <p>9) Reconnaît les conflits potentiels et fournit des explications sur les limites et leur importance dans une situation donnée</p> <p>10) Demande constamment des questions afin de contrôler le déroulement de l'entrevue</p> <p>11) Offre une rétroaction positive à travers de l'information qui supporte, confirme ou encourage la compétence du patient</p> <p>12) Limite la reconnaissance, l'expression ou la résolution de conflits potentiels entre le professionnel et le patient</p> <p>13) Facilite l'expression d'information personnelle chez le professionnel et le patient.</p> <p>14) Restreint l'opportunité du patient à partager leur perception, la signification et leurs émotions</p> <p>15) Encourage la prédominance de la parole du professionnel</p> <p>16) Encourage la négociation et la participation du patient dans la prise de décision sur les soins</p> <p>17) Utilise, des phrases, des mots ou des affirmations qui dénotent du contrôle ou l'atteinte de gratification basé sur la performance</p> <p>18) Permet qu'il y ait des périodes de silence.</p>	<p>Pas de lien observé entre le style de communication du professionnel et la satisfaction du patient ($r = 0,09$ $p = 0,16$).</p> <p>Pas de lien entre le style de communication du professionnel et le soutien à l'autonomie ($r = -0,3$ $p = 0,16$).</p>

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateur et définition	Liens ou effets sur les patients
Mc Daniel (1991)	Contenu :	
Validation de l'instrument	Répondre verbalement à une préoccupation exprimée	
	Expliquer une procédure avant de l'initier	
	Valider verbalement le statut physique du patient	
	Valider verbalement le statut émotionnel du patient	
	Partager une observation personnelle en réponse à une inquiétude exprimée	
	Rassurer verbalement le patient durant des soins	
	Discuter d'un sujet d'intérêt pour le patient autre que son problème de santé actuel	
	Comportements non verbaux :	
	S'asseoir au chevet du patient	
	Toucher le patient en dehors d'une procédure technique,	
	Maintenir un contact visuel avec le patient,	
	Entrer dans la chambre du patient sans sollicitation	
	Prodiguer des mesures de confort physique	

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

Étude	Indicateur et définition	Liens ou effets sur les patients
Proctor, Morse & Khonsari (1996)	Louanger : Exprimer un jugement favorable qui fait référence au comportement et à la coopération du patient « excellent, tu réussis très bien, tu es un bon garçon »	Étude descriptive
Devis descriptif	Tolérer : Inspirer du courage et de l'espoir au patient en lui disant qu'il peut passer à travers la situation « encore un peu plus longtemps, c'est presque fini, tien voilà, c'est fini, c'est tout »	
N=67 patients (85 heures d'enregistrements)	Supporter : Prévenir la perte de courage, offrir un support physique « je vais tenir votre main, je vais rester juste ici »	
Contenu	Commander, Guider : Ouvrir votre bouche, ne bougez plus, avaler, avaler » Distraction : Amener l'attention du patient sur un objet différent pour faciliter le traitement « compter jusqu'à trois » Obtenir de l'information : demander des informations sur lesquelles l'évaluation du patient peut être basée « Qu'est-ce que vous en pensez, comment êtes-vous, ou êtes-vous, où est-ce que cela fait mal » Expliquer la situation présente : Expliquer les circonstances qui impliquent le patient autre que les procédures médicales en cours « Vous êtes à l'urgence, vous avez eu un accident, tu as un bobo » Valider : Demander l'avis du patient « est-ce correct » Avertir : Dire au patient ce qu'il peut anticiper en regard des différentes procédures (Cela va faire mal, cela va piquer, on va vous chercher une oreiller) Expliquer la procédure : Expliquer l'intervention médicale qui va se dérouler, expliquer la raison des procédures en réponse à une question du patient « on va insérer une sonde, cela va vous aider à uriner » Rassurer : Essayer d'inspirer de la confiance au patient en le libérant de l'agitation dû à leur état « C'est correct, relaxer, cela va être correct » Empathie : Exprimer un accord avec une opinion, un sentiment « je sais que cela fait mal » Commentaire caring : Reconnaître le patient sans donner d'information significative « ok (nom du patient) c'est correct maintenant »	

Tableau B 1 (suite) Indicateurs identifiés dans la littérature et liens en regard de la santé des patients

<u>Étude</u>	<u>Indicateurs et définition</u>		<u>Liens ou effets sur les patients</u>	
Topf (1988)	Nombre moyen de mots par interaction, % d'interaction de un mot,			
	Nombre moyen de sentiments par interaction			Devis descriptif
	Niveau moyen d'intimité des interactions			

Tableau B 2 : Études quantitatives présentés sur les comportements de caring

Étude	Variables étudiées	Résultats
Latham (1996) Path analysis N=120	<ol style="list-style-type: none"> 1) Variables personnelles : contrôle personnel et niveau d'estime de soi 2) Variables situationnelles : le caring 3) Variables de résultats : niveau de coping, détresse psychologique et l'efficacité du coping 	<p>Faible lien entre le contrôle personnel et le caring ($r = 0,22$ $p < 0,05$).</p> <p>Augmentation de 16% du caring perçu par les patients de moins de 47,5 ($p < 0,001$)</p> <p>Augmentation de 21,4% ($p < 0,05$) du sentiment de menace perçu après une rencontre avec l'infirmière pour les personnes ayant une estime de soi faible.</p>
Swanson (1999) Recension des écrits : importance des comportements de caring N=8 études. 385 patients Comportements caring	<ol style="list-style-type: none"> 1) L'infirmière sait ce qu'elle fait (n=187) 2) L'infirmière sait comment donner des injections (n=266) 3) L'infirmière me connaît comme une personne (n=187) 4) L'infirmière me met en premier sur ses priorités (n=385) 5) L'infirmière me traite avec respect (n=68) 6) L'infirmière est joyeuse 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 100% 2) 93% 3) 88% 4) 69% 5) 68% 6) 55% <p>% de patient qui considèrent l'indicateur de caring important</p>
Wolf, Colahan, Costello, Ambrose & Giardino (1998) Devis corrélationnel N=334	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perceptions des comportements de caring des infirmières 2) Satisfaction des patients 	<p>Lien fort entre les perceptions des comportements de caring des infirmières et la satisfaction des patients ($r = 0,78$ $p < 0,01$).</p>

Appendice C - Construction de la grille préliminaire

Tableau C 1 : Indicateurs obtenus lors de la recension des écrits

Indicateurs identifiés	
1.	Froncement des sourcils
2.	Hochement affirmatif de la tête
3.	Sourire
4.	Communication somatique
5.	Communication technique
6.	Communication sociale
7.	Communication psychologique
8.	Communication existentielle
9.	Small talk
10.	Observation
11.	Toucher de réconfort
12.	Toucher de connexion
13.	Toucher de travail :
14.	Toucher d'orientation :
15.	Toucher social
16.	Écouter lorsque l'inquiétude concerne une maladie ou un symptôme autre que cardiaque
17.	Écouter lorsque l'inquiétude concerne le rétablissement
18.	Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur la pression artérielle
19.	Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur le poids
20.	Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur la cigarette
21.	Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur comportements de type « A »
22.	L'intervention éducative concernant les symptômes physiques cardiaques
23.	L'intervention éducative concernant les problèmes avec le conjoint ou la conjointe
24.	Donner des conseils lorsque l'inquiétude concerne le rétablissement
25.	Donner des conseils lorsque les symptômes concernent l'anxiété et la dépression
26.	Donner des conseils sur les angoisses
27.	L'intervention cognitive en réponse à un symptôme cognitif
28.	Communication sociale
29.	Conversation personnelle/sociale
30.	Communication affective
31.	Compliments approbation
32.	Montrer de l'intérêt et de l'inquiétude
33.	Rassurer/Encourager/Optimisme
34.	Empathie/ Légitimation
35.	Démontre un partenariat et du soutien
36.	Démontre un accord, une compréhension
37.	Paraphraser/ Interpréter
38.	Demande à être rassuré
39.	Désaccord/Malentendu/Critique

Tableau C 1 (suite) Indicateurs obtenus lors de la recension des écrits

40.	Orientations/Instructions
41.	Demande de clarification
42.	Demande de compréhension
43.	Demande une opinion
44.	Question fermée sur les soins où les items thérapeutique
45.	Communication sur les soins infirmiers et médicaux
46.	Question ouverte sur les soins où les items thérapeutique
47.	Question fermée sur le mode de vie et les sentiments
48.	Question ouverte sur le mode de vie et les sentiments
49.	Information sur le mode de vie et les sentiments
50.	Conseil sur les soins et les comportements
51.	Conseil sur le mode de vie et les sentiments.
52.	Rire/Blagues (comportement verbal)
53.	Regarder dans les yeux
54.	Sourire
55.	se pencher vers l'avant
56.	toucher affectif
57.	toucher instrumental
58.	Intervention cognitive et émotive combinée
59.	Intervention cognitive
60.	Formule générale pour débiter
61.	Mots d'encouragement à poursuivre
62.	Reflet
63.	Partage d'observation
64.	Reconnaître les sentiments du patient
65.	Reconnaître la présence du patient
66.	Donner de l'information
67.	Verbaliser des pensées implicites
68.	Clarifier
69.	Clichés rassurant qui montrent un désintérêt de l'infirmière
70.	Imposer son opinion
71.	Approuver, être d'accord en ne laissant pas de place au pt pour exprimer sa perception
72.	Émettre un jugement négatif sur le comportement du patient
73.	Minimise ce que vit le patient
74.	Défendre la réputation de l'Institution, donner des excuses
75.	Changer le sujet
76.	Poser des questions fermées
77.	Crier
78.	Utiliser un ton ferme
79.	Contenu
80.	Faire des reproches au patient
81.	Imposer des activités au patient
82.	Toucher affectif dans les 5 premières minutes d'une interaction de 15 minutes
83.	Toucher affectif entre les minutes 5 et 10

Tableau C 1 (suite) Indicateurs obtenus lors de la recension des écrits

-
84. Toucher affectif entre les minutes 5 et 10
 85. Le professionnel promouvoit l'opportunité pour le patient d'exprimer ses idées et ses inquiétudes
 86. Le professionnel limite les opportunités du patient à participer dans les prises de décisions qui le concerne
 87. Le professionnel redirige la conversation de l'agenda du patient à son propre agenda.
 88. Le professionnel promouvoit l'opportunité pour que l'affect du patient soit exprimé et reconnu
 89. Le professionnel encourage la pose de questions de la part du patient ainsi que l'activité verbale du patient.
 90. Le professionnel critique la performance du patient au de reconnaître le patient ou sa performance
 91. Utilise des mots ou des phrases qui dénotent du soutien
 92. Utilise des techniques d'entrevues qui ne favorisent pas la participation du patient
 93. Reconnaît les conflits potentiels et fournit des explications sur les limites et leur importance dans une situation donnée
 94. Demande constamment des questions afin de contrôler le déroulement de l'entrevue
 95. Offre une rétroaction positive à travers de l'information qui supporte, confirme ou encourage la compétence du patient
 96. Limite la reconnaissance, l'expression ou la résolution de conflits potentiels entre le professionnel et le patient
 97. Facilite l'expression d'information personnelle chez le professionnel et le patient.
 98. Restreint l'opportunité du patient à partager leur perception, la signification et leurs émotions
 99. Encourage la prédominance de la parole du professionnel
 100. Encourage la négociation et la participation du patient dans la prise de décision sur les soins
 101. Utilise, des phrases, des mots ou des affirmations qui dénotent du contrôle ou l'atteinte de gratification basé sur la performance
 102. Permet qu'il y ait des périodes de silence.
 103. Répondre verbalement à une préoccupation exprimée
 104. Expliquer une procédure avant de l'initier
 105. Valider verbalement le statut physique du patient
 106. Valider verbalement le statut émotionnel du patient
 107. Reconnaître les sentiments du patient
 108. Reconnaît les conflits potentiels et fournit des explications sur les limites et leur importance dans une situation donnée
 109. Partager une observation personnelle en réponse a une inquiétude exprimée
 110. Rassurer verbalement le patient durant des soins
 111. Discuter d'un sujet d'intérêt pour le patient autre que son problème de santé actuel
 112. S'asseoir au chevet du patient
 113. Toucher le patient en dehors d'une procédure technique,
 114. Maintenir un contact visuel avec le patient,
-

Tableau C 1 (suite) Indicateurs obtenus lors de la recension des écrits

-
- 115. Entrer dans la chambre du patient sans sollicitation
 - 116. Prodiger des mesures de confort physique
 - 117. Louanger : Exprimer un jugement favorable qui fait référence au comportement et à la coopération du patient « excellent, tu réussis très bien, tu es un bon garçon »
 - 118. Tolérer : Inspirer du courage et de l'espoir au patient en lui disant qu'il peut passer à travers la situation « encore un peu plus longtemps, c'est presque fini, tien voilà, c'est fini, c'est tout »
 - 119. Supporter : Prévenir la perte de courage, offrir un support physique « je vais tenir votre main, je vais rester juste ici »
 - 120. Commander, Guider : Ouvrir votre bouche, ne bouges plus, avaler, avaler »
 - 121. Distraction : Amener l'attention du patient sur un objet différent pour faciliter le traitement « compter jusqu'à trois »
 - 122. Obtenir de l'information : demander des informations sur lesquelles l'évaluation du patient peut être basée « Qu'est-ce que vous en pensez, comment êtes-vous, ou êtes-vous, où est-ce que cela fait mal »
 - 123. Expliquer la situation présente : Expliquer les circonstances qui impliquent le patient autre que les procédures médicales en cours « Vous êtes à l'urgence, vous avez eu un accident, tu as un bobo »
 - 124. Valider : Demander l'avis du patient « est-ce correct »
 - 125. Avertir : Dire au patient ce qu'il peut anticiper en regard des différentes procédures (Cela va faire mal, cela va piquer, on va vous chercher une oreiller)
 - 126. Expliquer la procédure : Expliquer l'intervention médicale qui va se dérouler, expliquer la raison des procédures en réponse à une question du patient « on va insérer une sonde, cela va vous aider à uriner »
 - 127. Rassurer : Essayer d'inspirer de la confiance au patient en le libérant de l'agitation dû à leur état « C'est correct, relaxer, cela va être correct »
 - 128. Empathie : Exprimer un accord avec une opinion, un sentiment « je sais que cela fait mal »
 - 129. Commentaire *caring* : Reconnaître le patient sans donner d'information significative « ok (nom du patient) c'est correct maintenant) »
 - 130. Nombre moyen de mots par interaction, % d'interaction de un mot,
 - 131. Nombre moyen de sentiments par interaction
 - 132. Niveau moyen d'intimité des interactions
-

Tableau C 2: Présentation du regroupement des indicateurs, de la nouvelle formulation de l'indicateur et des dimensions couvertes par l'indicateur

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
1. Froncement des sourcils (1)	Froncement des sourcils (37)	
2. Hochement affirmatif de la tête (2)	Hochement de tête affirmatif (36)	1-2-3
3. Sourire (3)	Sourire (34)	1-2-3
• Sourire (54)		
4. Observation (10) (53, 114)	Contact visuel (33)	1-2-3
• Regarder dans les yeux (53)		
• Maintenir un contact visuel avec le patient (114)		
5. Toucher de réconfort (11) (12, 14, 15, 56, 82, 83, 84, 113)	Effectue un toucher de réconfort (17)	4-5-10
• Toucher de connexion (12)		
• Toucher d'orientation (14)		
• Toucher social (15)		
• toucher affectif (56)		
• Toucher affectif dans les 5 premières minutes d'une interaction de 15 minutes (82)		
• Toucher affectif entre les minutes 5 et 10 (83)		
• Toucher affectif entre les minutes 5 et 10 (84)		
• Toucher le patient en dehors d'une procédure technique, (113)		
6. Toucher de travail (13) (57)	Effectue un toucher de travail (16)	6-7-8-9
• toucher instrumental (57)		

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
7. Écouter (16) (17, 85, 88, 97) <ul style="list-style-type: none"> • Écouter lorsque l'inquiétude concerne le rétablissement (17) • Le professionnel promouvoit l'opportunité pour le patient d'exprimer ses idées et ses inquiétudes (85) • Le professionnel promouvoit l'opportunité pour que l'affect du patient soit exprimé et reconnu (88) • Facilite l'expression d'information personnelle chez le professionnel et le patient (97) 	Laisse la parole à l'autre (43)	4-5-10
8. Rassurer (18) (19, 20, 21, 33, 110, 127, 118) <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur le poids (19) • Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur la cigarette (20) • Rassurer ou encourager lorsque les inquiétudes portent sur comportements de type « A » (21) • Rassurer/Encourager/Optimisme (33) • Rassurer verbalement le patient durant des soins (110) • Rassurer : Essayer d'inspirer de la confiance au patient en le libérant de l'agitation dû à leur état « C'est correct, relaxer, cela va être correct » (127) • Tolérer : Inspirer du courage et de l'espoir au patient en lui disant qu'il peut passer à travers la situation « encore un peu plus longtemps, c'est presque fini, tien voilà, c'est fini, c'est tout » (118) 		

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
9. L'intervention éducative (22) (23) <ul style="list-style-type: none"> L'intervention éducative concernant les problèmes avec le conjoint ou la conjointe (23) 	Effectue de l'enseignement (18)	6-7-8-9
10. Donner des conseils (24) (50, 51, 25, 26) <ul style="list-style-type: none"> Donner des conseils lorsque les symptômes concernent l'anxiété et la dépression (25) Donner des conseils sur les angoisses (26) Conseil sur les soins et les comportements (50) Conseil sur le mode de vie et les sentiments (51) 	Donne des conseils (20)	6-7-8-9 (indicateur négatif)
11. L'intervention cognitive en réponse à un symptôme cognitif (27)(59) <ul style="list-style-type: none"> Intervention cognitive (59) 	Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention (25)	1-2-3
	Indique les effets négatifs potentiels de l'intervention (1.25)	
12. Communication sociale (6) (28, 29, 60, 66, 123) <ul style="list-style-type: none"> Communication sociale (28) Conversation personnelle/sociale (29) Formule générale pour débiter (60) Donner de l'information (66) Expliquer la situation présente : Expliquer les circonstances qui impliquent le patient autre que les procédures médicales en cours « Vous êtes à l'urgence, vous avez eu un accident, tu as un bobo » (123) 	Se présente en se nommant et en expliquant son rôle(1) Salue le patient (2)	4-5-10

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
13. Communication affective (30) (64, 93, 107, 129) <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les sentiments du patient (64) • Reconnaît les conflits potentiels et fournit des explications sur les limites et leur importance dans une situation donnée (93) • Reconnaître les sentiments du patient (107) • Commentaire caring : Reconnaître le patient sans donner d'information significative « ok (nom du patient) c'est correct maintenant » (129) 	Reconnaît légitimise l'expérience vécue (27)	4-5-10
14. Empathie/ Légitimation (35,36,128) <ul style="list-style-type: none"> • Démonstre un partenariat et du soutien (35) • Démonstre un accord, une compréhension (36) • Empathie : Exprimer un accord avec une opinion, un sentiment « je sais que cela fait mal » (128) 	Reconnaît légitimise l'expérience vécue (27)	4-5-10
15. Orientations/Instructions (40)	Explique l'objectif de la rencontre (3)	6-7-8-9
16. Montrer de l'intérêt et de l'inquiétude (32) (119) <ul style="list-style-type: none"> • Supporter : Prévenir la perte de courage, offrir un support physique « je vais tenir votre main, je vais rester juste ici » (119) 	Indique qu'elle est là pour aider (30)	1-2-3
17. Reflet (62) (67, 37) <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliser des pensées implicites (67) • Paraphraser / interpréter (37) 	Reformule ce que dit ou exprime le patient (5)	4-5-10

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
18. Demande		
19. Désaccord/Malentendu/Critique (39) (80, 90, 72, 96)	Effectue des reproches / Exprime un désaccord (29)	4-5-10 (négatif)
<ul style="list-style-type: none"> • Faire des reproches au patient (80) • Le professionnel critique la performance du patient (90) • Émettre un jugement négatif sur le comportement du patient (72) • Limite la reconnaissance, l'expression ou la résolution de conflits potentiels entre le professionnel et le patient (96) 		
20. Compliments approbation (31) (95, 117)	Fait des compliments / souligne les forces (24)	1-2-3
<ul style="list-style-type: none"> • Offre une rétroaction positive à travers de l'information qui supporte, confirme ou encourage la compétence du patient (95) • Louanger :Exprimer un jugement favorable qui fait référence au comportement et à la coopération du patient « excellent, tu réussis très bien, tu es un bon garçon » (117) 		
21. Question fermée (44) (41, 42, 43, 47, 76, 94, 122)	Pose une question fermée (7)	4-5-10
<ul style="list-style-type: none"> • Demande de clarification (41) • Demande de compréhension (42) • Demande une opinion (43) • Poser des questions fermées (76) • Question fermée sur le mode de vie et les sentiments (47) • Demande constamment des questions afin de contrôler le déroulement de l'entrevue (94) • Obtenir de l'information : demander des informations sur lesquelles l'évaluation du patient peut être basée « Qu'est-ce que vous en pensez, ou êtes-vous, où est-ce que cela fait mal » (122) 		

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
22. Question ouverte (46, 48) <ul style="list-style-type: none"> • Question ouverte sur le mode de vie et les sentiments (46) • Question ouverte sur les soins où les items thérapeutique (48) 	Pose une question ouverte (6)	4-5-10
23. Rire/Blagues (52)	Fait une blague (31) Rire (48)	4-5-10
24. Se pencher vers l'avant (55)		
25. Mots d'encouragement à poursuivre (61)	Invite à poursuivre (hmm, hmm) (45)	4-5-10
26. Partage d'observation (63)		
27. Reconnaître la présence du patient (65)		
28. Clarifier (Valider) (68) (122, 105, 106) <ul style="list-style-type: none"> • Valider verbalement le statut physique du patient (105) • Valider verbalement le statut émotionnel du patient (106) • Valider : Demander l'avis du patient « est-ce correct » (124) 	Identifie les priorités ou aide à identifier les priorités (9)	6-7-8-9
29. Clichés rassurant qui montrent un désintérêt de l'infirmière (69)		
30. Imposer son opinion (70) (98, 99) <ul style="list-style-type: none"> • Restreint l'opportunité du patient à partager leur perception, la signification et leurs émotions • Encourage la prédominance de la parole du professionnel 		
31. Approuver, être d'accord en ne laissant pas de place au pt pour exprimer sa perception (71)		
32. Minimise ce que vit le patient (73)	Minimise / banalise l'expérience vécue (28)	4-5-10 (négatif)
33. Défendre la réputation de l'Institution, donner des excuses (74)		

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
34. Changer le sujet (75) (87) <ul style="list-style-type: none"> Le professionnel redirige la conversation de l'agenda du patient à son propre agenda. (87) 	Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (14)	6-7-8-9 (négatif)
35. Crier (77)	Crie, hausse le ton (44)	6-7-8-9 (négatif)
36. Utiliser un ton ferme (78)		6-7-8-9 (négatif)
37. Le professionnel encourage la pose de questions de la part du patient ainsi que l'activité verbale du patient. (89)	Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance (4)	1-2-3
38. Permet qu'il y ait des périodes de silence. (102)	Présence de silence (47)	4-5-10
39. Répondre verbalement à une préoccupation exprimée (103)	Répond aux questions / interrogations exprimées (10)	6-7-8-9
40. Expliquer une procédure avant de l'initier (104) (125, 126) <ul style="list-style-type: none"> Avertir : Dire au patient ce qu'il peut anticiper en regard des différentes procédures (Cela va faire mal, cela va piquer, on va vous chercher une oreiller)(125) Expliquer la procédure : Expliquer l'intervention médicale qui va se dérouler, expliquer la raison des procédures en réponse à une question du patient « on va insérer une sonde, cela va vous aider à uriner » (126) Commander, Guider : Ouvrir votre bouche, ne bougez plus, avaler, avaler » (120) 	Explique les soins ou les traitements en cours (22)	6-7-8-9
41. S'asseoir au chevet du patient (112)	Hauteur au plan visuel (39)	4-5-10
42. Entrer dans la chambre du patient sans sollicitation (115)		

Tableau C 2 (suite)

Indicateur selon recension (le numéro entre parenthèse réfère au tableau C1)	Indicateur de la grille et numéro de la grille	Dimension couverte
43. Prodiguer des mesures de confort physique (116)	Répond aux besoins exprimés (12) Ne répond pas aux besoins exprimés (14)	6-7-8-9
44. Louanger :Exprimer un jugement favorable qui fait référence au comportement et à la coopération du patient « excellent, tu réussis très bien, tu es un bon garçon » (117)	Fait des compliments, souligne les efforts et les forces (24)	1-2-3
45. Distraction (121)	Effectue ou suggère une distraction pour effectuer une procédure (23)	6-7-8-9
46. Débit normal (128) • Nombre moyen de mots par interaction, % d'interaction de un mot, (128)	Débit verbal (posé (40), rapide (41))	4-5-10
47. Nombre moyen de sentiments par interaction (129)		
48. Niveau moyen d'intimité des interactions (130)		
49. Imposer des activités au patient (81) (86, 101) • Le professionnel limite les opportunités du patient à participer dans les prises de décisions qui le concerne (86) • Utilise des phrases des mots ou des affirmations qui dénotent du contrôle ou l'atteinte de gratification basé sur la performance (101)		

Tableau C 3 : Indicateurs ajoutés à la grille

Indicateur proposé	Dimension couverte
Pose une question triadique (8)	4-5-10
Vérifie la compréhension de l'information donnée (11)	4-5-10
Discute avec le patient des alternatives possibles et des habiletés Nécessaires pour répondre à ses besoins (13)	6-7-8-9
Résume ce qui a été dit (32)	4-5-10

Appendice D - Grille préliminaire et définition des indicateurs

Grille préliminaire d'observation des interactions patient / infirmière

Indicateurs de contenu	Éléments relationnels
1. Se présente en se nommant et en expliquant son rôle	33. Contact visuel
2. Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)	34. Sourire
3. Explique l'objectif de la rencontre	35. Posture dirigée vers le patient
4. Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance	36. Hochement de tête affirmatif
5. Reformule ce que dit ou exprime le patient (Reffet)	37. Froncement des sourcils
6. Pose une question ouverte	38. Pointer la personne avec son doigt
7. Pose une question fermée	39. Hauteur au plan visuel (plus haute, plus basse, même hauteur)
8. Pose une question triadique	40. Débit verbal posé
9. Identifie les priorités ou aide à identifier les priorités	41. Débit verbal rapide
10. Répond aux questions / interrogations exprimées	42. Distance de moins de 1,25 m
11. Vérifie la compréhension de l'information donnée	43. Laisse la parole à l'autre
12. Répond aux besoins exprimés	44. Crie (hausse le ton) (négatif)
13. Discute avec le patient des alternatives possibles et des habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins	45. Invite à poursuivre (hmm, hmm)
14. Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (non verbal) (négatif)	46. Coupe la parole (négatif)
15. Intervient sur l'environnement externe	47. Présence de silence (plus de 5 secondes)
16. Effectue un toucher de travail (non verbal)	48. Rire
17. Effectue un toucher de réconfort (non verbal)	
18. Effectue de l'enseignement	
19. Donne de l'information	
20. Donne des conseils	
21. Sollicite la collaboration	
22. Explique les soins ou les traitements en cours	
23. Effectue ou suggère une distraction	
24. Fait des compliments / Souligne les efforts et les forces	
25. Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention	
26. Indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention	
27. Reconnaît / légitimise l'expérience vécue	
28. Minimise / banalise l'expérience vécue (négatif)	
29. Effectue des reproches / exprime un désaccord (négatif)	
30. Indique qu'elle est là pour aider	
31. Fait une blague / utilise l'humour	
32. Résume ce qui a été dit	

Définition des indicateurs de la grille

Indicateurs de contenu

- 1 Se présente en se nommant et en expliquant son rôle : L'infirmière indique son nom et sa fonction. « Mon nom est xxx je suis infirmière à yyy je viens pour zzz. »
- 2 Salue le patient : L'infirmière dit « bonjour » au patient en s'adressant à lui par son nom. Le nom de famille est employé sauf si non approprié (enfants). « Bonjour Mme xxxx »
- 3 Explique l'objectif de la rencontre : L'infirmière indique au patient pourquoi elle le rencontre. « Nous nous rencontrons aujourd'hui pour xxx ».
- 4 Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance : L'infirmière encourage le patient à poser des questions et à exprimer ses besoins « Si vous avez des questions, que vous vous sentez pas bien ou que vous avez besoin d'aide, appelez moi je suis là pour cela ».
- 5 Reformule ce que dit ou exprime le patient (reflet) : L'infirmière indique au patient ce qu'elle a compris de ce qu'il a dit ou exprimé par le contenu verbal de sa communication et par les comportements non verbaux qu'il utilise. Par exemple un patient exprime qu'il se sent prisonnier, qu'il est tanné d'être à l'hôpital, que le personnel ne l'aide pas assez et que la cafétéria oublie toujours d'inclure des choses dans son plateau. L'infirmière dit « vous semblez en colère par rapport à la façon dont les choses se passent présentement ».
- 6 Pose une question ouverte : L'infirmière pose une question qui ne peut pas être répondue par oui ou par non. Les questions ouvertes peuvent être d'ordre général par exemple : Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile présentement? Je vois que vous prenez des médicaments, pouvez-vous me les décrire? Ou ciblée : Pouvez-vous me décrire la douleur que vous ressentez? Pouvez-vous me décrire ce qui se passe lorsque vous avez mal à la tête?
- 7 Pose une question fermée : L'infirmière pose une question pour laquelle il existe un nombre limité de réponses possibles. Quand avez-vous mangé pour la dernière fois? Est-ce que la douleur irradie de l'épaule jusqu'à votre bras? Avez-vous froid? Quel âge avez-vous?
- 8 Pose une question triadique : L'infirmière pose une question qui concerne la perception qu'une personne peut avoir du vécu d'une autre personne. « Qui dans votre famille est le plus affecté par ce qui vous arrive? »

- 9 Identifie les priorités : L'infirmière essaie par le biais de questions ouvertes d'identifier les désirs du patients. « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous en ce moment » « Qu'est-ce que vous aimeriez à ce moment-ci? »
- 10 Répond aux questions / interrogations exprimées: L'infirmière donne une réponse à la question posée par le patient ou elle lui dit qu'elle n'a pas les connaissances pour répondre à la question et qu'elle assurera un suivi de la question.
- 11 Vérifie la compréhension de l'information donnée : l'infirmière s'assure que le patient a compris l'information qui a été donné. « Pouvez me montrer comment vous allez changer votre pansement » « Pouvez-vous m'expliquer quels médicaments vous allez prendre à l'heure du souper »
- 12 Répond aux besoins exprimés : La réponse de l'infirmière indique qu'elle répond ou qu'elle se préoccupe des besoins exprimés par le patient « C'est bien, je vais faire cela pour vous à l'instant même » ou « je ne peux pas vous tourner sur le côté gauche puisque vous avez plaie et que cela aggraverait l'état de votre peau »
- 13 Discute avec le patient des alternatives possibles et des habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins : Dans un contexte de réadaptation, de retour à domicile, de maintien à domicile ou de soins de longue durée, l'infirmière explique au patient les habiletés d'auto-soins qu'il doit développer pour être en mesure de répondre aux objectifs qu'il exprime, elle lui explique également les alternatives qui s'offrent à lui.
- 14 Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (non verbal) : L'infirmière évite de répondre à la question ou au besoin que le patient a exprimé.
- 15 Intervient sur l'environnement externe pour répondre au besoin (non verbal) : L'infirmière effectue une action sur l'environnement externe du patient pour répondre ou anticiper ses besoins. Exemple : chauffage, lumière, rideaux porte, objets nécessaires à portée de main, bruit.
- 16 Effectue un toucher de travail (non verbal) : L'infirmière touche au patient ou a un prolongement de celui-ci (soluté, respirateur, lit, fauteuil roulant, orthèse, pansement) pour répondre a un besoin du patient ou pour effectuer un traitement.
- 17 Effectue un toucher de réconfort (non verbal) : L'infirmière touche avec sa main, ses doigts ou la paume de sa main une partie du corps du patient (cuisse, avant-bras, main) en la caressant délicatement ou en restant immobile.
- 18 Effectue de l'enseignement : l'infirmière utilise une démarche d'éducation à la santé dans le but de transmettre au patient ou à sa famille les compétences et les connaissances nécessaires pour permettre au patient ou à la famille de comprendre et de gérer l'expérience de santé qu'ils vivent. Sa démarche a comme point de départ les connaissances et les perceptions du patient ou de sa famille et elle a

comme point d'arrivée l'objectif d'apprentissage du patient et de sa famille « Il y a une chose que j'aimerais vous montrer pour que vous puissiez réaliser votre objectif de vivre de façon autonome, ce sont les soins à effectuer pour votre xxx »

- 19 Donne de l'information : L'infirmière donne de l'information au patient sans que celui-ci ait posé une question « Votre prochain rendez-vous est dans deux semaines à ce moment on va évaluer les effets secondaires causés par votre traitement » ou « Votre glycémie se situe dans les valeurs normales »
- 20 Donne des conseils : L'infirmière indique au patient le comportement qu'il devrait adopter. « C'est préférable d'arrêter de fumer », « Essayez de vous détendre », « Vous devriez faire de l'exercice »
- 21 Sollicite la collaboration : l'infirmière demande la collaboration avant d'entreprendre une action. « Êtes-vous d'accord si xxx »
- 22 Explique les soins ou les traitements en cours : L'infirmière indique au patient ce qui se passe afin de l'orienter dans les sensations qu'il vit : « Il y a un respirateur qui vous aide à respirer » « on installe un tube dans votre nez, cela va faire mal ».
- 23 Effectue ou suggère une distraction : Dans le but de diminuer le stress relié à une procédure ou à de la douleur, l'infirmière effectue ou suggère une distraction.
- 24 Fait des compliments / souligne les efforts et les forces du patient : L'infirmière fait un compliment au patient « c'est très bien d'effectuer vos exercices respiratoires » ou elle souligne les forces et les efforts du patient « Vous démontrez beaucoup de courage et de détermination »
- 25 Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention : L'infirmière inspire de la confiance au patient en lui indiquant que le traitement ou que l'intervention va l'aider. « Vous allez-vous sentir mieux après que l'on vous ait fait xxx ».
- 26 Indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention : L'infirmière indique au patient les effets négatifs potentiels associés au traitement ou à l'intervention. « Ce médicament cause de la somnolence », « si vous vous sentez faiblir ou que vous vous sentez mal durant la procédure dites le moi ».
- 27 Reconnaît / légitimise l'expérience vécue : l'infirmière exprime une reconnaissance de la réalité vécue par le patient. « Je sais que ce que vous vivez est difficile » « je comprends que vous êtes déçu de la situation » « je vois que vous êtes heureux d'avoir vu vos enfants » « Je sais que cela fait mal ».
- 28 Minimise / banalise l'expérience vécue : l'infirmière exprime que l'expérience vécue par le patient n'est pas importante en diminuant son importance et en la généralisant. « Vous êtes âgés c'est normal d'avoir plus de difficulté à dormir » « Vous avez seulement perdu une jambe » « Arrêtez d'avoir peur, c'est normal de

mourir quand on est vieux » « C'est normal d'éprouver de la fatigue lorsque l'on est malade »

- 29 Effectue des reproches : L'infirmière effectue des reproches « Votre comportement est inacceptable, vous ne devriez pas fumer à l'intérieur » « La façon dont vous faites cela n'est pas correcte »
- 30 Indique qu'elle est là pour aider : L'infirmière indique qu'elle est là pour aider le patient. « Je suis là pour vous aider, appelez moi ».
- 31 Fait une blague / utilise l'humour : L'infirmière utilise l'humour.
- 32 Résume ce qui a été dit : L'infirmière résume ce qui a été dit durant l'interaction « Donc ce qui est important pour vous est x, y, z et je vais vous téléphoner demain pour savoir comment vous allez »
- 33 Contact visuel : l'infirmière observe le visage du patient.
34. Sourire : l'infirmière effectue un sourire.
35. Posture dirigée vers le patient : les épaules et ou le tronc de l'infirmière sont dirigés vers le patient.
36. Hochement de tête affirmatif : le cou de l'infirmière effectue en alternance des flexions et des extensions rapides.
37. Froncement des sourcils : les sourcils de l'infirmière se déplacent sur son visage suite à la contraction des muscles faciaux.
38. Pointer la personne avec son doigt : l'index de l'infirmière est pointé en direction du patient, il peut être immobile ou bouger suite à un mouvement du poignet ou du bras.
39. Hauteur au plan visuel : les yeux de l'infirmière sont à la même hauteur que ceux du patient ou ils sont plus haut ou ils sont plus bas.
- 34 Débit verbal posé : le débit de l'infirmière est exempt d'hésitations, les mots sont prononcés clairement à un rythme normal.
- 35 Débit verbal rapide : Le débit de verbal de l'infirmière est rapide et les mots ne sont pas toujours prononcés clairement.
- 36 Distance de moins de 1,25 mètre : la distance entre l'infirmière et le patient se situe à l'intérieur d'un espace de 1,25 mètre.
- 37 Laisse la parole à l'autre : l'infirmière laisse au patient la possibilité de s'exprimer.

- 38 Crie : l'infirmière crie ou hausse le ton en présence du patient.
- 39 Invite à poursuivre : l'infirmière encourage le patient à poursuivre ce qui est en train de dire par l'utilisation de sons comme « hmm hmm; oui oui ».
- 40 Coupe la parole : l'infirmière interrompt le patient lorsque celui-ci parle.
- 41 Présence de silence : Période de plus de cinq secondes dans laquelle il n y a pas de paroles audibles.
- 42 Rire : Présence de rire chez l'infirmière.

Appendice E - Scénarios élaborés pour les jeux de rôle d'interaction patient / infirmière

Scénario : Arythmie

Madame (monsieur) Vincent, âgée de 40 ans, vient consulter à l'urgence parce que son cœur bat soudainement très rapidement depuis 2 heures (fibrillation auriculaire paroxystique). Elle (il) n'a pas d'étourdissement, pas de douleur à la poitrine, mais elle (il) est très essoufflé(e). Son cœur bat à 125 battements irréguliers par minute (alors que la normale est d'environ 72 / minute) depuis ce temps. Elle (il) est connu(e) pour ce problème intermittent depuis 9 mois. C'est le 3^{ème} épisode depuis. La première fois, elle (il) aurait eu un choc électrique (cardioversion) pour permettre à son cœur de battre moins rapidement et plus régulièrement. La deuxième fois, tout est rentré dans l'ordre à la suite d'avoir reçu un médicament intra-veineux. Cette fois-ci, elle (il) a eu à nouveau un choc électrique. (cardioversion). Les risques sont une embolie et des brûlures à la peau.

Un échocardiographie (examen où une sonde est passée sur le thorax et en même temps on peut voir les différentes cavités du cœur ainsi que leur fonctionnement) a été fait et aucune anomalie fut trouvée. Elle (il) n'a pas d'histoire familiale (il n'y a personne de la famille qui est connu pour atteinte cardiaque), fume environ 5 cigarettes par jour depuis 10 ans, prend 1 à 2 verres de vin 3 à 5 fois par semaine. Elle (il) est connue pour hypertension artérielle depuis 9 mois, pas de diabète mais un taux de cholestérol légèrement au-dessus de la normale. On lui a recommandé de faire de l'exercice de façon régulière et de faire attention au niveau de la diète. «La vie va tellement vite! » selon elle (lui). Madame (monsieur) demeure très inquiet(e) depuis le premier événement de fibrillation auriculaire paroxystique. Elle (il) a peur de mourir, peur de perdre son emploi en prenant du temps pour venir à l'hôpital. Elle (il) est marié(e), travaille à plein temps et a 2 grands adolescents de 15 et 17 ans.

Elle (il) a eu son congé de l'urgence et sa médication a changé quelque peu. Elle (il) prend un anticoagulant, le coumadin, pour éclaircir son sang en prévention d'une embolie pulmonaire ou d'un accident cardiovasculaire et son anti-arythmique est changé pour l'amiodarone (médicament pour régulariser le rythme cardiaque). Elle (il) rencontre l'infirmière pour réviser les changements et recevoir d'autres explications pour tenter de diminuer son stress car elle (il) demeure très inquiet(e) de son problème cardiaque.

Scénario : Insuffisance Cardiaque

Madame (monsieur), Ouellette, âgée de 55 ans, est connu(e) pour cardiomyopathie dilatée, c'est à dire que le cœur est élargi et fonctionne moins bien. En juin 2001, elle (il) a subi une chirurgie de la valve mitrale car elle (il) présentait une insuffisance cardiaque sévère, c'est à dire qu'elle (il) s'essoufflait et se fatiguait très facilement, comme suite à une activité très minimale. La chirurgie a amélioré ses symptômes de façon modérée. Depuis, elle (il) demeure plutôt fragile.

Madame (monsieur) est marié(e), a une famille de 5 enfants et 5 petits-enfants. A part les discussions parfois très vives entre son mari (sa femme) et son fils aîné (sa fille aînée), elle (il) considère sa vie familiale très satisfaisante. Actuellement, le couple n'a pas de souci financier. Aujourd'hui, ils sont plutôt portés à aider les jeunes pour qui ce n'est pas toujours facile à joindre les deux bouts. Monsieur et madame sont socialement assez actifs et possèdent un réseau d'amis moyennement important. Par ailleurs, la fille aînée consacre beaucoup de temps à ses parents et est particulièrement inquiète de l'état de santé de sa mère (son père). La fille surprotège sa mère (son père). Pour sa part, madame (monsieur) dit qu'il ne faut pas dramatiser, et que tout va bien.

Comme autre problème de santé, on retrouve

- un diabète de type II : mauvais métabolisme du sucre traité par une diète avec peu de sucre et une pilule à prendre matin et soir, le glyburide 5mg
- hypercholestérolémie : taux de cholestérol élevé traité par une diète pauvre en gras et une pilule à prendre le soir, le pravachol 10mg
- hypertension : traitée avec une pilule à prendre le matin, le cozaar 50mg
- pour son cœur, elle prend d'autres pilules :
 - lasix 40mg une fois par jour pour éliminer le surplus de liquide,
 - monocor 2.5mg une fois par jour pour aider le cœur à fonctionner en économie d'énergie,
 - lanoxin 0.125mg 1 fois par jour pour tonifier le cœur,
 - coumadin 5 mg selon le calendrier 1 fois par jour pour éclaircir le sang
 - ativan 1mg pour aider à relaxer au coucher.

Madame (monsieur) Ouellette, accompagné(e) de son mari (sa femme), se présente à la clinique d'insuffisance cardiaque pour essoufflement et enflure des membres inférieurs. Depuis 2 nuits, elle (il) dort avec deux oreillers, habituellement 1 oreiller suffit. Son poids est à 73 kg, soit une augmentation de 3.5 kg depuis 10 jours. De plus, elle (il) accuse une fatigue continue. Elle (il) dit avoir toujours soif, donc elle (il) boit plus que permis. Elle (il) a du mal à suivre sa diète et a besoin d'ajuster l'horaire de ses médicaments.

Madame (monsieur) est vu(e) par le médecin qui prescrit une dose supplémentaire de lasix et une augmentation du lasix de 40 mg à 60mg le matin. Elle (il) pourra ainsi éliminer le surplus de liquide.

Vous rencontrez l'infirmière qui doit vous expliquer le changement prévu et revoir avec vous tous vos médicaments, vos habitudes de vie et vous conseiller si nécessaire.

Scénario : MCAS

Mme (M.) Pépin, âgée de 36 ans, est connue pour angine depuis 6 mois. En avril 2002, elle (il) a présenté pour la première fois des douleurs rétrosternales serratives surtout quand il fait froid mais aussi à l'effort (ex. : passer la balayeuse, donner le bain aux enfants...). Elle (il) a fait une épreuve d'effort (tapis roulant) qui était cliniquement positif et électriquement suspecte, c'est à dire qu'elle (il) a eu une douleur d'angine et qu'à l'électrocardiogramme, on pouvait visualiser un changement électrique. La fréquence cardiaque était plutôt basse, 80 battements par minute. L'épreuve d'effort fut cessée pour cause de fatigue. Elle (il) a donc passé une coronarographie coronarienne (examen pour visualiser les artères du coeur) où une artère était sténosée (rétrécissement) à 70%. Elle (il) a eu une angioplastie (examen où une artère du cœur est dilatée) où l'artère fut dilatée et un stent (tuteur intra-coronarien) fut mis en place.

Madame (monsieur) vit seul(e) avec ses deux jeunes enfants, 2 et 4 ans. Elle (il) est séparé(e) pour cause de violence conjugale. De plus, elle(il) a plusieurs facteurs de risques :

- ⇒ diabétique depuis l'âge de 13 ans. Elle (il) ne suit pas de diète spécifique, mais prend un médicament hypoglycémiant, diabéta 2.5 mg
- ⇒ hérédité, sa mère est diabétique et sa grand-mère est décédée(e) à l'âge de 50 ans
- ⇒ traitée pour HTA (hypertension) depuis avril 2002 avec altace 2.5 mg
- ⇒ dyslipidémie (cholestérol et triglycérides élevés) traitée avec zocor 10 mg
- ⇒ stress situationnel difficile à gérer
- ⇒ tabac depuis l'âge de 10 ans, cessé en avril 2002
- ⇒ drogue :marijuana plus ou moins fréquemment depuis 20 ans
- ⇒ sédentaire

De plus, madame (monsieur) prend d'autres médicaments tels de l'aspirine 325 mg par jour pour éclaircir son sang et du paxil 20 mg pour traiter son état dépressif.

Madame (monsieur) a vu son médecin ce matin car elle (il) a de nouveau des douleurs à la poitrine depuis 2 semaines. Il lui a prescrit lopressor 25 mg par jour pour permettre à son cœur d'être en économie d'énergie et un nitro-dur 0.4 mg en patch 12 heures par jour pour permettre une meilleure circulation, donc oxygénation des artères du coeur. Il a fait une demande d'admission pour une coronarographie et une dilatation coronarienne possible.

Vous rencontrez l'infirmière qui doit vous expliquer les changements prévus (médicaments) et revoir avec vous tous vos médicaments, vos facteurs de risque, vos habitudes et vous conseiller.

Appendice F - Lettre explicative, procédure à suivre pour la validation de contenu et
questionnaire de validation de contenu

Lettre explicative

Date de l'envoi,

Monsieur,

Dans le cadre de mon projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal, j'élaboré une grille d'observation des interactions patient / infirmière. Cet instrument pourra être utilisé, lorsque validé, dans des études quantitatives auprès de différentes populations (patients atteints de problèmes cardiaques, de santé mentale, en réadaptation, etc.) et de différents environnements de soins (hospitalisés, à domicile, etc.). Le but des études qui l'utiliseront sera, entre autres, d'examiner les liens entre des composantes des interactions patient / infirmière et des mesures de rétablissement qui pourront varier selon les clientèles et le milieu. Il sera aussi possible d'observer les attitudes / comportements de *caring* auprès des étudiantes en sciences infirmières lors de périodes d'apprentissages au laboratoire.

Pour construire la grille d'observation préliminaire, un cadre de référence a été élaboré. Dans ce cadre de référence, les dix facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (1978;1999) définissent le concept d'interaction patient / infirmière et la théorie de la communication relationnelle de Watzlawick, Helmick-Beavin & Jackson (1967) spécifie les deux composantes que l'on doit observer soit le contenu et les comportements non verbaux.

Une recension des écrits a permis d'identifier des indicateurs d'interaction et une classification des indicateurs a été effectuée pour élaborer la grille d'observation préliminaire des interactions patient / infirmière.

Trois critères ont été considérés pour inclure des indicateurs dans la grille

1. La présence d'un lien entre l'indicateur et des résultats observés chez les patients dans des études empiriques.
2. La capacité pour un observateur externe de se prononcer sur la présence ou l'absence de l'indicateur dans l'interaction.
3. Une cohérence entre l'indicateur et la définition des dix facteurs caratifs de Watson.

La prochaine étape nécessite la participation de juges-experts, comme vous, qui se prononceront sur différents aspects méthodologiques de la grille d'observation. Vous trouverez à l'annexe 1 une synthèse des indicateurs retenus pour vous permettre d'avoir une idée globale de la grille d'observation. À l'annexe 2 vous trouverez la procédure qui vous est suggérée, soit de vous prononcer sur la possibilité d'observer l'indicateur, la clarté de l'indicateur, la pertinence de l'indicateur pour évaluer des interactions patient / infirmière et sa cohérence avec la théorie de Watson (1979, 1999). Pour simplifier le travail à faire, les dix facteurs caratifs de Watson (1979, 1999) sont regroupés selon trois dimensions : (1) l'aspect humain du soin, (2) la relation thérapeutique et (3) les activités cliniques. À l'annexe 3 vous

trouvez le questionnaire de validation des indicateurs. Nous pourrions sûrement améliorer l'instrument suite à vos commentaires, ce qui permettra des études d'autant plus solides.

Nous savons que votre temps est précieux et que votre participation dénote un souci d'avancement scientifique et professionnel. Les recherches au Québec portant sur les interactions patient / infirmière sont rares. Il nous apparaissait important de développer et valider un instrument qui répondrait aux besoins de la communauté scientifique afin d'augmenter les connaissances sur les aspects des soins infirmiers qui favorisent le mieux-être des patients.

Nous vous serions reconnaissantes de nous retourner le formulaire dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie dans les plus brefs délais. Un retour en février serait grandement apprécié, bien que nous soyons conscientes que votre emploi du temps très occupé puisse causer un certain délai.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Catherine Forbes, Inf, Msc (cand)
Étudiante
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Tél : xxx-xxxx (maison)
Courriel : Catherine.Forbes@umontreal.ca

Sylvie Cossette, inf. PhD
Directrice de mémoire
Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Chercheuse, Institut de cardiologie de Montréal

- Tél : 343-6173 (FSI, UdeM)
- Tél : 376-3330 poste 4012 (ICM)
- Courriel : sylvie.cossette.inf@umontreal.ca

Procédure à suivre pour la validation nominale de la grille d'observation des interactions
patient / infirmière

Nous vous demandons de référer au résumé des définitions de chaque facteur caratif de Watson (1979, 1999) regroupé sous trois grandes dimensions et présenté à l'annexe 3 avant de répondre aux questions concernant les énoncés. La grille comprend 48 énoncés.

Pour chaque énoncé, nous vous invitons à répondre aux 4 questions suivantes:

1. Est-ce que l'indicateur est **observable**?
 - L'indicateur est-il formulé de manière à ce qu'on puisse y répondre en terme de présence ou d'absence lorsque l'on observe une interaction?
2. Est-ce que l'indicateur est formulé **clairement**?
 - En comprenez-vous le sens sans ambiguïté ?
 - La syntaxe est-elle adéquate ?
 - Si l'indicateur n'est pas clair, nous vous invitons à suggérer une autre formulation.
 - N.B. : Nous vous rappelons que certains indicateurs ont délibérément été formulés pour décrire des comportements ou attitudes indésirables mais qui peuvent tout de même survenir et qu'ils seront codés de façon inversée.
3. Est-ce que l'indicateur est **pertinent** aux soins infirmiers? C'est-à-dire qu'il est potentiellement utilisé en clinique.
4. Chacun des indicateurs a été associé à un des trois regroupements de facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (1979, 1999) soit :
 - ***L'aspect humain du soin :** l'infirmière considère la personne à travers toute sa dignité d'être humain, elle la soutient et elle l'encourage. Les interventions de l'infirmière auprès de la personne sont respectueuses et visent l'atteinte d'un plus haut niveau de bien-être.*
 - Qui inclut les facteurs caratifs suivants : « l'humanisme », « le soutien des croyances et de l'espoir » et « la sensibilité aux autres ».
 - ***La relation thérapeutique :** l'infirmière établit une relation avec la personne dans laquelle la personne peut exprimer ce qu'elle désire exprimer dans un climat de respect et d'ouverture à l'autre. L'infirmière fait preuve d'empathie et de congruence dans ses interactions avec la personne soignée. Elle laisse à la personne la liberté de faire des choix.*
 - Qui inclut les facteurs caratifs suivants : « la relation d'aide », « le respect de l'expression des sentiments positifs et négatifs » et « le respect de la signification que la personne accorde à sa situation ».

- *Les activités cliniques : l'infirmière assiste la personne dans la satisfaction des besoins humains selon les capacités de la personne dans un environnement sécuritaire et adapté aux besoins de la personne. Elle effectue de l'enseignement en fonction des besoins que la personne aura identifiée avec elle, tout en tenant compte des capacités de la personne. Ces interventions sont effectuées à l'aide d'une démarche de soins faisant preuve de jugement clinique et de créativité.*
 - Qui inclut les facteurs caratifs suivants : « l'aide dans la résolution de problèmes », « l'enseignement », « la modification et le soutien de l'environnement » et « l'assistance dans les besoins biophysiques, psychophysiques, psychosociaux et interpersonnels ».
- Vous devez indiquer **si vous êtes d'accord avec l'association qui est effectuée** en encerclant la réponse « oui » si vous êtes d'accord et « non » si vous n'êtes pas d'accord avec le lien proposé.
- Si vous répondez non **indiquez** à quel regroupement de facteurs caratifs vous associez l'indicateur, vous pouvez également choisir de l'associer à plus d'un regroupement.

Questionnaire de validation des indicateurs

Indicateur : (1) Se présente en se nommant et en expliquant son rôle			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique son nom et sa fonction. « Mon nom est xxx je suis infirmière à yyy je viens pour zzz. ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (2) Salue le patient			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière dit « bonjour » au patient en s'adressant à lui par son nom. Le nom de famille est employé sauf si non approprié (enfants). « Bonjour Mme xxxx ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (3) Explique l'objectif de la rencontre			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique au patient pourquoi elle le rencontre. « Nous nous rencontrons aujourd'hui pour xxx ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (4) Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière encourage le patient à poser des questions et à exprimer ses besoins « Si vous avez des questions, que vous vous sentez pas bien ou que vous avez besoin d'aide, appelez moi je suis là pour cela ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (5) Reformule ce que dit ou exprime le patient (reflet)			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique au patient ce qu'elle a compris de ce qu'il a dit ou exprimé par le contenu verbal de sa communication et par les comportements non verbaux qu'il utilise. Par exemple un patient exprime qu'il se sent prisonnier, qu'il est tanné d'être à l'hôpital, que le personnel ne l'aide pas assez et que la cafétéria oublie toujours d'inclure des choses dans son plateau. L'infirmière dit « vous semblez en colère par rapport à la façon dont les choses se passent présentement ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (6) Pose une question ouverte			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière pose une question qui ne peut pas être répondue par oui ou par non. Les questions ouvertes peuvent être d'ordre général par exemple : Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile présentement? Je vois que vous prenez des médicaments, pouvez-vous me les décrire? Ou ciblée : Pouvez-vous me décrire la douleur que vous ressentez? Pouvez-vous me décrire ce qui se passe lorsque vous avez mal à la tête?			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (7) Pose une question fermée			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière pose une question pour laquelle il existe un nombre limité de réponses possibles. Quand avez-vous mangé pour la dernière fois? Est-ce que la douleur irradie de l'épaule jusqu'à votre bras? Avez-vous froid? Quel âge avez-vous?			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (8) Pose une question triadique			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière pose une question qui concerne la perception qu'une personne peut avoir du vécu d'une autre personne. « Qui dans votre famille est le plus affecté par ce qui vous arrive? »			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (9) Identifie les priorités ou aide à identifier les priorités			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input checked="" type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière essaie par le biais de questions ouvertes d'identifier les désirs du patient. « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous en ce moment » « Qu'est-ce que vous aimeriez à ce moment-ci? »			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (10) Répond aux questions / interrogations exprimées			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière donne une réponse à la question posée par le patient ou elle lui dit qu'elle n'a pas les connaissances pour répondre à la question et qu'elle assurera un suivi de la question.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (11) Vérifie la compréhension de l'information donnée			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière s'assure que le patient a compris l'information qui a été donnée. « Pouvez-vous me montrer comment vous allez changer votre pansement » « Pouvez-vous m'expliquer quels médicaments vous allez prendre à l'heure du souper ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (12) Répond aux besoins exprimés			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : La réponse de l'infirmière indique qu'elle répond ou qu'elle se préoccupe des besoins exprimés par le patient « C'est bien, je vais faire cela pour vous à l'instant même » ou « je ne peux pas vous tourner sur le côté gauche puisque vous avez une plaie et que cela aggraverait l'état de votre peau ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (13) Discute avec le patient des alternatives possibles et des habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : Dans un contexte de réadaptation, de retour à domicile, de maintien à domicile ou de soins de longue durée, l'infirmière explique au patient les habiletés d'auto-soins qu'il doit développer pour être en mesure de répondre aux objectifs qu'il exprime, elle lui explique également les alternatives qui s'offrent à lui.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (14) Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (non verbal)			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière évite de répondre à la question ou au besoin que le patient a exprimé.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (15) Intervient sur l'environnement externe pour répondre au besoin (non verbal)			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière effectue une action sur l'environnement externe du patient pour répondre ou anticiper ses besoins. Exemples : chauffage, lumière, rideaux, porte, objets nécessaires à portée de main, bruit.			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (16) Effectue un toucher de travail (non verbal)			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous :
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input checked="" type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière touche au patient ou a un prolongement de celui-ci (soluté, respirateur, lit, fauteuil roulant, orthèse, pansement) pour répondre à un besoin du patient ou pour effectuer un traitement.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (17) Effectue un toucher de réconfort (non verbal)			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous :
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière touche avec sa main, ses doigts ou la paume de sa main une partie du corps du patient (cuisse, avant-bras, main) en la caressant délicatement ou en restant immobile.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (18) Effectue de l'enseignement			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous :
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input checked="" type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière utilise une démarche d'éducation à la santé dans le but de transmettre au patient ou à sa famille les compétences et les connaissances nécessaires pour permettre au patient ou à la famille de comprendre et de gérer l'expérience de santé qu'ils vivent. Sa démarche a comme point de départ les connaissances et les perceptions du patient ou de sa famille et elle a comme point d'arrivée l'objectif d'apprentissage du patient et de sa famille « Il y a une chose que j'aimerais vous montrer pour que vous puissiez réaliser votre objectif de vivre de façon autonome, ce sont les soins à effectuer pour votre xxx ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (19) Donne de l'information			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/>X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non-- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière donne de l'information au patient sans que celui-ci ait posé une question « Votre prochain rendez-vous est dans deux semaines à ce moment on va évaluer les effets secondaires causés par votre traitement » ou « Votre glycémie se situe dans les valeurs normales ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (20) Donne des conseils			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/>X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non-- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique au patient le comportement qu'il devrait adopter. « C'est préférable d'arrêter de fumer », « Essayez de vous détendre », « Vous devriez faire de l'exercice ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (21) Sollicite la collaboration			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/>X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non-- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière demande la collaboration avant d'entreprendre une action. « Êtes-vous d'accord si xxx ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (22) Explique les soins ou les traitements en cours			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique au patient ce qui se passe afin de l'orienter dans les sensations qu'il vit : « Il y a un respirateur qui vous aide à respirer » « on installe un tube dans votre nez, cela va faire mal ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (23) Effectue ou suggère une distraction			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> X • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : Dans le but de diminuer le stress relié à une procédure ou à de la douleur, l'infirmière effectue ou suggère une distraction.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (24) Fait des compliments / souligne les efforts et les forces du patient			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière fait un compliment au patient « c'est très bien d'effectuer vos exercices respiratoires » ou elle souligne les forces et les efforts du patient « vous démontrez beaucoup de courage et de détermination ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (25) Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique au patient les effets positifs potentiels associés au traitement ou à l'intervention. « Vous allez-vous sentir mieux après que l'on vous ait fait xxx ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (26) Indique les effets négatifs potentiels de traitement ou de l'intervention			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique au patient les effets négatifs potentiels associés au traitement ou à l'intervention. « Ce médicament cause de la somnolence », « si vous vous sentez faiblir ou que vous vous sentez mal durant la procédure dites le moi ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (27) Reconnaît / Légitimise l'expérience vécue			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière exprime une reconnaissance de la réalité vécue par le patient. « Je sais que ce que vous vivez est difficile » « Je comprends que vous êtes déçu de la situation » « Je vois que vous êtes heureux d'avoir vu vos enfants » « Je sais que cela fait mal ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (28) Minimise / Banalise l'expérience vécue (négatif)			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière exprime que l'expérience vécue par le patient n'est pas importante en diminuant son importance et en la généralisant. « Vous êtes âgé c'est normal d'avoir plus de difficulté à dormir » « Vous avez seulement perdu une jambe » « Arrêtez d'avoir peur, c'est normal de mourir quand on est vieux » « C'est normal d'éprouver de la fatigue lorsque l'on est malade ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (29) Effectue des reproches / Exprime un désaccord (négatif)			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière effectue des reproches ou elle exprime un désaccord « Votre comportement est inacceptable, vous ne devriez pas fumer à l'intérieur » « La façon dont vous faites cela n'est pas correcte ».			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (30) Indique qu'elle est là pour aider			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière indique qu'elle est là pour aider le patient. « Je suis là pour vous aider, appelez moi ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (31) Fait une blague / Utilise l'humour			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière utilise l'humour.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (32) Résume ce qui a été dit			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière résume ce qui a été dit durant l'interaction « Donc ce qui est important pour vous est x, y, z et je vais vous téléphoner demain pour savoir comment vous allez »			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (33) Contact visuel			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière observe le visage du patient			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (34) Sourire			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière effectue un sourire.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (35) Posture dirigée vers le patient			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : Les épaules et ou le tronc de l'infirmière sont dirigés vers le patient.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (36) Hochement de tête affirmatif			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : Le cou de l'infirmière effectue en alternance des flexions et des extensions rapides.			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (37) Froncement des sourcils (négatif)			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : Les sourcils de l'infirmière se déplacent sur son visage suite à la contraction des muscles faciaux.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (38) Pointer la personne avec son doigt (négatif)			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input checked="" type="checkbox"/> X • Relation thérapeutique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'index de l'infirmière est pointé en direction du patient, il peut être immobile ou bouger suite à un mouvement du poignet ou du bras.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (39) Hauteur au plan visuel			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : Les yeux de l'infirmière sont à la même hauteur que ceux du patient ou ils sont plus haut ou ils sont plus bas.			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (40) Débit verbal posé			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : Le débit de l'infirmière est exempt d'hésitations, les mots sont prononcés clairement à un rythme normal.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (41) Débit verbal rapide			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : Le débit de verbal de l'infirmière est rapide et les mots ne sont pas toujours prononcés clairement.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (42) Distance de moins de 1,25 mètre			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : La distance entre l'infirmière et le patient se situe à l'intérieur d'un espace de 1,25 mètre.			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (43) Laisse la parole à l'autre			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière laisse au patient la possibilité de s'exprimer. Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (44) Crie (négatif)			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière crie ou hausse le ton en présence du patient. Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (45) Invite à poursuivre			
Est-ce que l'énoncé est observable? <input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	Est-ce que l'énoncé est clair? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que l'énoncé est pertinent? <input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
Définition de l'indicateur : L'infirmière encourage le patient à poursuivre ce qui est en train de se dire par l'utilisation de sons comme « hmm hnn; oui oui ».			
Commentaires du juge expert :			

Indicateur : (46) Coupe la parole (négatif)			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : L'infirmière interrompt le patient lorsque celui-ci parle.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (47) Présence de silence			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : Période de plus de cinq secondes dans laquelle il n'y a pas de paroles audibles.			
Commentaires du juge expert :			
Indicateur : (48) Rire			
Est-ce que l'énoncé est observable?	Est-ce que l'énoncé est clair?	Est-ce que l'énoncé est pertinent?	Est-ce que vous êtes d'accord à ce que l'indicateur soit regroupé sous : <ul style="list-style-type: none"> • Activités cliniques <input type="checkbox"/> • Aspect humain du soin <input type="checkbox"/> • Relation thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui -- <input type="checkbox"/> Non -- <input type="checkbox"/> Aucun > Si non indiquez la case représentant la dimension du soin reflétée par l'indicateur
<input type="checkbox"/> 1-Très difficilement <input type="checkbox"/> 2-Difficilement <input type="checkbox"/> 3-Facilement <input type="checkbox"/> 4-Très facilement	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	<input type="checkbox"/> 1-Pas du tout <input type="checkbox"/> 2-Un peu <input type="checkbox"/> 3-Moyennement <input type="checkbox"/> 4-Très	
Définition de l'indicateur : Présence de rire chez l'infirmière.			
Commentaires du juge expert :			

Appendice G - Approbation du comité d'éthique de la recherche



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL



Le 8 avril 2004

Madame Sylvie Cossette
A/S : Catherine Forbes
Centre de recherche
Institut de Cardiologie de Montréal

Projet #04-010 Élaboration et validation préliminaire d'une grille d'observation de interactions patient / inf.

Chère Madame Cossette,

Nous vous adressons la décision du Comité d'éthique lors de l'analyse de vos documents soumis à la réunion du 31 mars 2004 concernant votre projet.

«Lettre de Madame Sylvie Cossette datée du 24 février 2004 répondant aux questions et commentaires soulevés lors de l'analyse de ce projet par le Comité interne du 11 février 2004.

Lettre du Docteur Jean-Claude Tardif datée du 25 février 2004 approuvant le projet au Comité interne.

Lettre de Madame Sylvie Cossette datée du 3 mars 2004 répondant aux questions et commentaires du Comité du 25 février 2004.

Décision du Comité : **Le Comité prend acte des réponses.
L'étude est approuvée, le début de cette étude est autorisée.»**

Veuillez agréer, Chère Madame Cossette, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Martial G. Bourassa, MD pour
L. Conrad Pelletier, MD, MBA, FRCSC
Président du Comité d'éthique de la recherche et
du développement des nouvelles technologies
LCP/gb